


# Résumés des communications

# Résumés des communications

Communication orale, atelier 5A

**Dr Kamel ABDENNBI**, Bertrand DAUTZENBERG

NICOCOEUR : UN NOUVEL OUTIL POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME CHEZ LES CARDIAQUES.

Le tabagisme est un facteur de risque cardiovasculaire dont la prise en charge reste mal assurée en Europe. Les deux enquêtes EUROASPIRE menées en Europe en 1996 et en 2001 confirment que près de 50% des fumeurs continuent leur tabagisme et ce, 6 mois après un accident coronarien. Aucun progrès dans la prise en charge n'a été enregistré entre les deux enquêtes. Cet échec est dû à de nombreuses raisons dont le manque de formation du personnel de cardiologie (infirmières et médecins). En France, l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT) et la Fédération Française de Cardiologique (FFC) ont conçu un outil de formation sous forme de CD Rom intitulé NICOCOEUR. Celui-ci est destiné à être utilisé et à assurer la formation du personnel en cardiologie. Il permet de mieux appréhender les phénomènes de dépendance liés au tabac, d'apprendre à organiser une consultation de tabacologie en milieu cardiologique et maîtriser les différentes thérapeutiques dans ce domaine. Une formation de formateurs a déjà été organisée auprès de cardiologues, tabacologues venant des quatre coins de France. Ceux ci se chargeront localement de la diffusion de cet outil dans les différents services de cardiologie.

Communication orale, atelier 19

**Dr Kamel ABDENNBI**, Dominique SERPAUD

CLASSES NON FUMEURS : UN PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME EFFICACE CHEZ LES COLLEGIENS

La grande majorité des fumeurs se sont initiés au tabac avant l'âge de 18 ans et beaucoup ont commencé à fumer vers l'âge de 13 ans. A 15 ans, il est presque trop tard pour les programmes de prévention. Une initiative originale, soutenue par la commission européenne, le ministère de l'éducation nationale, l'Assurance Maladie , le Comité français d'éducation pour la santé , la ligue contre le cancer et l'office français de prévention du tabagisme a été lancée en France sous le nom du « concours CLASSES NON FUMEUR ». Cette initiative est née en Finlande en 1989 et a gagné peu à peu quinze pays d'Europe. Le principe est simple : les classes d'élèves s'engagent à ne pas fumer pendant six mois et celles respectant leur engagement sont récompensées par des prix à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai. L'action est efficace comme l'ont montré les différentes évaluations européennes. En Allemagne, les résultats de ce programme auprès de milliers d'élèves montre une réduction ou un retard l'entrée en tabagisme de 27% chaque année. En France, cette année, ce sont près de 30 000 élèves qui ont participé à ce concours dans plus de 1000 collèges .Cette action a le mérite de ne pas laisser « le champs libre » à l'industrie du tabac qui redouble d'imagination pour attirer de nouveaux consommateurs. Les élèves des classes non fumeurs sont incités à travailler régulièrement sur les différentes facettes du tabagisme .Un site Internet « classesnonfumeurs.com » leur sert de support en proposant de très nombreux liens francophones sur le sujet. Cette action de prévention du tabagisme , déjà conduite en Suisse , au Luxembourg et en Belgique va également être reprise à partir de l'année prochaine dans un autre pays francophone : l'Algérie .

Communication orale, atelier 36

**Dr Kamel ABDENNBI**

ASPECTS ECONOMIQUES : COUT EFFICACITE DE LA PREVENTION DU TABAGISME

Le tabagisme est la plus grande cause d'inégalité sociale devant la maladie et la mort et représente un problème de santé publique mondial. La consommation de tabac entraîne au niveau mondial une perte de 200 milliards de dollars dont la moitié pour les pays en développement. Dans ces pays, pour prolonger d'une année, la vie d'un fumeur par le sevrage tabagique, il ne faut dépenser que 20 à 40 dollars alors qu'il faudra débourser 18 000 $ pour prolonger d'une année la vie d'un fumeur atteint d'un cancer du poumon. Globalement, le tabac coûte plus cher à la société qu'il ne lui en rapporte. En France, 25% des décès attribués au tabagisme sont liés aux maladies cardio-vasculaires entraînant des coûts de santé publique majeures. Ces coûts peuvent être considérablement réduit si l'on applique certains modèles de programmes de prévention .En Californie, l'équipe de Stanton Glantz a montré que la prévention du tabagisme est une stratégie efficace pour réduire l'incidence et le coût des maladies cardio-vasculaires. En réduisant la prévalence du tabagisme de seulement 1 % par an, les californiens ont économisé 3 milliards de $ à la collectivité avec une réduction très significative du nombre d'hospitalisations pour infarctus du myocarde et pour accident vasculaire cérébral dés la première année. Chez les femmes enceintes, la prévention du tabagisme gravidique réduit les complications néonatales et entraînent des économies non négligeables au système de santé comme le montrent de nombreuses études. La prévention du tabagisme est économiquement justifiée comme le montrent les indices médico-économiques en particulier les indices de coût- efficacité. Le prix d'une année de vie sauvée par l'arrêt du tabac a un coût dix fois plus faible que celui lié à la prise en charge d'une hypertension artérielle.

Communication orale, atelier 50

**Dr kamel ABDENNBI**, Mohamed Ghanem

L'AMICALE DES MEDECINS D'ORIGINE MAGHREBINE DE FRANCE : UN TREMPLIN POUR SENSIBILISER LES MEDECINS MAGHREBINS SUR LES DANGERS DU TABAGISME.

Depuis quelques années , l'Amicale des médecins d'origine maghrébine de France (AMOMF) a organisé en collaboration avec l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) des formations spécifiques sur le tabagisme dans les 3 pays francophones du Maghreb.Les ateliers sur l'organisation de la lutte contre le tabagisme ont concerné médecins et infirmières et ont été organisés en symposiums et ateliers satellites durant les congrès franco-Marocain, Algérien et Tunisien de cardiologie ou de médecine. Ces ateliers ont permis des échanges intéressants avec mise à disposition d'outils de formation produits par l'OFT (nicomède, nicocoeur…). Certaines décisions intéressantes ont été prises lors de ces différentes réunions. Ceci a permis d'organiser par exemple à FES au Maroc le premier diplôme inter universitaire de Tabacologie et d'engager la même démarche auprès des Algériens. En Algérie, une prise de conscience des médecins et pharmaciens sur les dangers du tabagisme a engagé ces derniers à écrire aux directeurs des compagnies aériennes afin d'interdire de fumer à bord des avions. En matière de prévention chez les jeunes, le ministère de l'éducation nationale s 'est engagé à organiser le concours classes non fumeurs dans les collèges d'Alger dès la rentrée 2002-2003. Ces actions d'entraide méritent d'être développées et encouragées en particulier par des financements de programmes à évaluer.

Séance poster 1

**Dr Marion ADLER**, Mourhad MOKTARRI, David MODIANO, Michel SLAMA

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ET DE LA TOLÉRANCE D'UN SEVRAGE TABAGIQUE PRÉCOCE EN UNITÉ DE SOINS INTENSITS CARDIOLOGIQUE AVEC SUBSTITUTS NICOTINIQUES CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR INFARCTUS DU MYOCARDE OU SYNDROME DE MENACE.

Objectif: évaluer l'efficacité et la tolérance d'un sevrage tabagique, en USIC. Méthodologie: Etude rétrospective: 40 patients consécutifs, fumeurs (groupe A) admis en 2000 ont reçu précocément des patchs et des gommes de nicotine. L'objectif principal était le taux de sevrage tabagique à un an. Les objectifs secondaires étaient les échecs de sevrage durant l'hospitalisation et à 6 mois ainsi que les évènements cardiaques majeurs (décès, récidive ischémique et réhospitalisation). Le groupe témoin comprenait 40 patients consécutifs, fumeurs (groupe B) admis en 1999 sans sevrage tabagique. Résultats: Les deux groupes étaient similaires en ce qui concerne l'âge, le sexe, les facteurs de risque cardio-vasculaire, l'importance du tabagisme, et la durée d'hospitalisation. Le motif d'hospitalisation était pour les groupes A et B, un infarctus du myocarde (58% vs 30%), une angine de poitrine (27% vs 40%) ou une cause non coronarienne (15% versus 30%). Pendant l'hospitalisation certains patients ont fumé 10%(groupe A) contre 25%(groupe B). A un an le sevrage était de 45% contre 15% . Le traitement était bien toléré, sans augmentation du nombre d'épisodes ischémiques en USI, ni surmortalité. Les taux de réhospitalisation et de récidives ischémiques à un an étaient similaires. Conclusion: La substitution nicotinique en USIC est possible et sure et permet d'améliorer le taux de sevrage à un an.

Communication orale, atelier 25

**Dr Nathalie ALLARD**, Pascale LAMY

« 7 SECONDES POUR LA VIE » SENSIBILISATION DES MÉDECINS DES CLINIQUES MÉDICALES ET CLSC

Dans le cadre du Plan d'action régional de lutte contre le tabagisme, la Direction de santé publique de Lanaudière, en collaboration avec différents partenaires, contribue au développement et à la consolidation des activités de prévention et de cessation du tabagisme.
Concernant l'aide à l'abandon tabagique de la région de Lanaudière, un sondage régional réalisé en 1996 nous indiquait que plus de 60% des fumeurs lanaudois désiraient cesser de fumer. Parallèlement, ce même sondage nous démontrait qu'à peine 30 % des médecins de notre région conseillaient à leurs patients de cesser de fumer. Plusieurs études nous confirment l'efficacité de l'intervention des professionnels de la santé. En effet, un fumeur qui consulte un médecin ou un autre professionnel de la santé lors de son arrêt tabagique voit son pourcentage de succès augmenter après six mois. L'implication des médecins de la région est un facteur clé dans la lutte contre le tueur numéro 1 en santé publique : le tabac. L'équipe attitrée au dossier du tabagisme de la Direction de santé publique de Lanaudière est consciente de la situation qui est vécue en clinique privée. Dans ce contexte, nous proposons une approche qui tient compte de cette réalité et qui repose sur la participation du personnel de la clinique, mais principalement sur l'implication du patient. En effet, l'intervention proposée au niveau du tabagisme se situe strictement dans leurs champs d'expertise médicale. Pour ce qui relève des aspects organisationnels tels le dépistage, la référence, la documentation et le suivi médical, des outils sont fournis par la Direction de santé publique aux secrétaires des cliniques pour qu'elles participent à la réalisation de ce mandat de manière efficace et efficiente. La technique suggérée est l'intervention minimale, morcelée pour qu'elle ne prenne que quelques secondes pour chaque intervenant. Dépistage des fumeurs : par la secrétaire qui accueille la clientèle du médecin et note l'état de fumeur dans le dossier du patient. Remise de la documentation : un présentoir est fournit par la direction de santé publique et disposé dans la salle d'attente. Il contient une série de dépliants gratuits qui peuvent aider les fumeurs à cesser le tabac. Suggérer l'arrêt tabagique : par le médecin qui le suggérera à tout patient identifié comme fumeur et ce, peut importe le motif de la consultation. Nous proposons dans le guide d'intervention « 7 secondes pour la vie » une organisation du travail qui mise sur le travail d'équipe. Chacun des partenaires a un rôle à jouer. Notons qu'une fois que toutes les cliniques auront été rencontrées, une formation sera offerte pour l'ensemble des médecins et des pharmaciens de la région.

Communication orale, atelier 50

**Dr Etienne ANDRE**, Jean DAVER

TABAC ET LIBERTE- MODE D'EMPLOI D'UN RESEAU DE MEDECINS CONTRE LE TABAGISME

Le médecin généraliste est l'un des principaux acteurs de la lutte contre le tabagisme par ses rôles en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Isolé, insuffisamment formé, parfois peu motivé et pourtant en première ligne avec les pharmaciens, il est nécessaire de lui apporter soutiens, compétences et moyens pour l'aider à assumer ses responsabilités de thérapeute tout particulièrement dans l'arrêt du tabac. Un réseau de médecins à l'exemple de Tabac & Liberté en France, fort de 2800 membres, permet par - ses valeurs partagées entre les membres, - sa volonté de tisser des liens et des opportunités d'échanges entre les médecins, - la réalisation de supports par les médecins et pour eux-mêmes, de répondre à leur demande de se sentir acteurs d'une action collective prioritaire en santé publique et adaptée à leurs besoins personnels. Cette communication insistera sur les nécessaires contraintes au bon fonctionnement d'un travail en réseau et en particulier sur le rôle complexe de son management, sur le respect de la liberté de chacun et sur la capacité d'impliquer pour un travail en commun des personnalités de secteurs et d'intérêts différents. Cette communication présentera également les supports mis à la disposition des médecins et des pharmaciens, le management spécifique de Tabac & Liberté, les partenariats engagés, les actions réalisées, les projets français et internationaux.

Communication orale, atelier 45

**M. Gérard AUDUREAU**

COMMENT FAIRE APPLIQUER LES LOIS DE PROTECTION CONTRE LE TABAGISME?

L'association DNF, membre fondateur de l'Alliance pour la Santé – Coalition contre le tabagisme, a constaté que les messages sanitaires adressés au grand public avaient un « effet choc » important et utile mais éphémère. DNF a donc décidé d'accompagner, de compléter cette démarche de ses partenaires de « l'Alliance » en mettant au point deux actions parallèles de nature à imposer une application harmonieuse de la loi. La première action concerne les victimes du tabagisme passif auxquelles DNF apporte aide et assistance dans leur juste désir de voir la loi appliquée. Pour cela DNF met à leur disposition une permanence à Paris, un n° de téléphone, une revue trimestrielle et un site Internet interactif http://d-n-f.org mis à jour quotidiennement. Ces trois moyens de communication permettent de : - consulter les textes les plus divers relatifs à la lutte contre le tabagisme - utiliser des outils d'aide à l'analyse des situations de non-respect de la loi selon le lieu dans lequel on se trouve - recevoir des réponses aux questions posées et consulter les réponses apportées aux questions des autres - consulter les articles de presse relatifs au tabagisme – témoigner - obtenir toute l'aide et le soutien utiles pour faire appliquer la loi de manière amiable ou judiciaire si nécessaire. La seconde action doit être considérée comme une action de prévention à destination des entreprises. Elle propose, en effet, des interventions in situ appuyées sur la méthode européenne de « démarche qualité » Ces interventions modulables comportent : · Un diagnostic basé sur un questionnaire d'auto évaluation assistée. Cette démarche permet de situer rapidement (1/2 journée) un établissement en terme de respect des lois de protection contre le tabagisme. Il donne de façon explicite les pistes pour « rectifier le tir » quand des non-conformités sont détectées ;· il peut être complété, au besoin, par des modules de formation adaptés, un accompagnement dans la communication, le suivi des actions, etc.

communication orale, atelier 27

**Pr Pierre BARTSCH**, Caroline RASSON, Jacques PRIGNOT

UNE FORMATION INTERUNIVERSITAIRE POST-GRADUEE EN TABACOLOGIE

A l'initiative de la FARES en collaboration avec la Fédération Belge Contre le Cancer, et sous l'égide de trois universités de la Communauté Française de Belgique et de la Société Scientifique de Médecine générale, une formation avancée en tabacologie a été organisée en 2001-2002 à l'intention de médecins et professionnels de la santé impliqués dans les centres d'aide à l'arrêt du tabagisme. Les cours et ateliers (42 h) ont été répartis sur 7 samedis. L'enseignement a porté sur: 1. Epidémie du tabagisme hier et aujourd'hui, aspects socio-économiques 2. Nature et toxicité de la fumée du tabac (et des additifs) 3. Effets-santé du tabagisme actif et passif 4. Co-morbidités 5. Facteurs physiques et psychologiques de la dépendance 6. Prise en charge de l'arrêt par les méthodes cognitivo-comportementales et pharmacologiques dans un contexte individuel ou collectif (hôpital, milieu professionnel, communauté éducative) 7. Prévention primaire face aux interventions de l'industrie cigarettière 8. Législation belge et européenne 9. Lecture critique des publications. Des syllabus ont été distribués; le droit d'inscription était de 248 €. Cette première expérience a fait appel à 21 enseignants et réuni 36 "élèves" (dont 13 médecins). L'évaluation de la formation par les participants a été globalement positive. Le contrôle terminal des connaissances a recouru à un questionnaire à choix multiple. Chacun des participants a rédigé un mémoire, notamment avec l'aide du Centre de documentation de la FARES. Cette initiative nouvelle en Belgique ayant eu des résultats très encourageants sera répétée l'année prochaine avec une ouverture particulière sur les pharmaciens et dentistes qui n'avaient pas été contactés auparavant et avec un accroissement du nombre d'ateliers (désir exprimé par les participants). Une connaissance plus large des problèmes tabagiques permettra aux bénéficiaires d'approfondir leur pratique professionnelle et d'élargir leurs interventions aux divers secteurs de la société, afin de faciliter la dénormalisation du tabagisme.

Communication orale, atelier 19

**Dr Anne-Marie BEGUE-SIMON**

COMMENT PARLER DU TABAGISME AUX ADOLESCENTS ?

La Prévention du tabagisme chez les jeunes est-elle possible? Leur point de vue a été recherché par la réalisation d'une enquête effectuée dans un groupe scolaire. Le questionnaire utilisé avait pour objectif de mieux connaître la population-cible - relever leur connaissance des effets nocifs du tabac, leur opinion sur l'impact des publicités anti-tabac, leurs attentes dans l'information sur le tabac et sur les aides à l'arrêt du tabac-. Mieux connaître ces éléments peut constituer une voie permettant de programmer des actions de prévention. Dans la dernière classe d'enseignement secondaire, le taux de réponse aux questionnaires a été de 145/170. L'âge moyen était de 17,9 ans. Le pourcentage de filles de 43,28% et celui de fumeurs 46%. Conclusion, la mesure la plus efficace de lutte contre le tabagisme, serait de l'avis même des jeunes, l'interdiction formelle de fumer dans l'établissement et l'augmentation du prix du tabac.

Communication orale, atelier 36

**Pr Pierre BIRKUI**, Bertrand DAUTZENBERG, Patrice PAILLOTET, David YOUSSI, Danielle LEPETIT

REPRÉSENTATIONS ARTISTIQUES DU TABAGISME PAR LES COLLÉGIENS ET LES LYCÉES DE PARIS, VILLE PILOTE SANS TABAC

Pour réduire l'usage de la cigarette chez les adolescents, nous pouvons agir tant sur l'environnement économique, social et affectif que sur le plan des informations en santé. Cependant, ce même environnement est sollicité par les services de marketing de la cigarette en utilisant des supports publicitaires de tous ordres et, de plus, d'emblée ciblés sur les motivations profondes et spécifiques de chaque sexe. De plus, les stratégies des états et les mesures envers les adolescents peuvent être subtilement utilisées par les industriels sous couvert d'adhérer à certaines d'entre elles. Depuis 1991, l'enquête annuelle de Paris Sans Tabac (auto-questionnaire anonyme avec un échantillon annuellement renouvelé avec tirage au sort de 2,5% des classes : plus de 47000 collégiens/lycéens) montre une progression pérenne et rapide du tabagisme scolaire (au moins une cigarette entière) depuis 20 à 30% à 12 ans jusqu'à 80% à 19 ans. Pour faire participer les élèves et se situer sur le même plan que les entreprises du tabac, nous avons, dès 1991, développé et analysé, parallèlement aux productions (CDI, CD-R, cassette), programmes (Collèges sans tabac, formation de formateurs) et aux autres interventions, un concours annuel artistique en diversifiant les supports (courrier, affiche, carte postale, carte de vœux, tee-shirt, photographie) et les sujets choisis en brodant autour de Paris (« Paris, capitale mondiale sportive sans tabac » en 2002), de la fin de siècle et de l'espérance de vie séculaire pour les récents nouveaux-nés (« Vivre cent ans, oui mais sans tabac » en 2001, « An 2000 : vivre sans tabac »), de l'attention portée aux tabagiques proches ou intimes (Lettre à un ami ou un parent qui fume, photographie d'une scène où le tabac n'a pas joué, joue ou a joué un rôle), et des souhaits exprimés pour l'année (Vœux pour un ami ou parent fumeur).




Communication orale, atelier 17

**Pr Pierre BIRKUI**, Bertrand DAUTZENBERG, Patrice PAILLOTET, Christiane ARCIVAL

APPORT DE LA COMPOSANTE ACTUELLE DU SPORT DANS LES REPRESENTATIONS ARTISTIQUES DU TABAGISME EN ETABLISSEMENTS DU SECONDAIRE A PARIS, VILLE PILOTE SANS TABAC

Le manque flagrant d'indicateurs de qualité permettant d'accéder aux aspects à la fois positifs et négatifs du bien-être des adolescents dans leur grande diversité de comportements, de conduites et de processus légitime toutes les recherches et programmes dans ces lieux privilégiés que représentent les collèges et les lycées. À Paris, depuis 1991 et avec l'aide de l'Académie de Paris, l'association Paris Sans Tabac lance une enquête épidémiologique (n>47000) par autoquestionnaire anonyme et confidentiel dans 2,5% des classes en enseignement secondaire. Les premiers résultats ont d'emblée montré une consommation importante de la cigarette (au moins 1 cigarette par jour) de 2% à 12 ans à 42% à 19 ans. En 2001, ces taux atteignent 4 et 45%, respectivement. Aussi, dès 1991, un concours annuel en art a été décidé afin de diversifier l'approche des adolescents en complément des interventions dans les classes et pour faire participer l'entourage amical (prépondérant), et familial en diversifiant le sujet et le support (courrier, affiche, carte postale, carte de vœux, tee-shirt, photographie). A partir des résultats de deux concours sur le même support (concours d'affiches, n = 700) lancés avec un délai de 7 ans autour du thème d'un Paris sans tabac avec pour 2002, une spécificité attractive et actuelle dans la demande : « Paris, capitale mondiale sportive sans tabac », nous avons cherché à identifier les thèmes prioritaires, les représentations en tant que traductions des désirs, les teintes dominantes, les slogans, les contradictions et interprétations en considérant ces réponses en fonction du sexe, apportant autant d'indices utiles à rapprocher des résultats des enquêtes par autoquestionnaire de ces deux années scolaires.

Séance poster 2

**Dr Fabienne BLANCHET**, Claude DREUX, Béatrice LE MAITRE, Jean-François COLLIN, Nadine HURET, Jean-Marc LEDER, Albert HIRSCH

"PHARMACIEN ET FUMEUR" – UN PROGRAMME DE FORMATION DES PHARMACIENS FRANÇAIS SUR LES ASPECTS PRATIQUES DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAC

Suite au délistage de l'ensemble des substituts nicotiniques en France, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, le Comité Français d'Education pour la Santé et l'Union Technique Inter-Pharmaceutique de formation continue se sont associés pour mettre en place un programme de formation spécifique des officinaux, intitulé « Pharmacien et Fumeur ». Cette formation a été financée par quatre laboratoires impliqués dans l'aide à l'arrêt du tabac. Le contenu de cette formation portait sur les différents aspects de l'intervention du pharmacien dans l'aide à l'arrêt du tabac, notamment l'abord du fumeur à l'officine, le suivi pharmaceutique et l'accompagnement psychologique de la personne en cours de sevrage. A l'issue des formations, une évaluation du programme était menée par questionnaire. Entre octobre 2000 et décembre 2001, 1810 pharmaciens ont été formés dans 35 régions de France. Les données d'évaluation ont montré : - un fort taux de satisfaction des pharmaciens; - une nette progression des connaissances des pharmaciens sur : - les produits du tabac (68% et 97% de bonnes réponses respectivement avant et après la réunion), - l'évaluation du niveau de dépendance (40% et 84% de réponses justes respectivement avant et après formation), - les aides pharmacologiques à l'arrêt du tabac (25% et 51% de bonnes réponses concernant les substituts nicotiniques respectivement avant et après formation), - le suivi à l'officine (59% des pharmaciens en sortie de réunion connaissaient l'intérêt d'une fiche de suivi contre 30% en début de réunion). - Une progression moindre sur certains sujets déjà bien connus des pharmaciens en début de formation : conseils devant une envie forte de fumer, tabagisme passif. Ces résultats soulignent la forte satisfaction et l'impact important auprès des pharmaciens de ce programme de formation qui devrait contribuer à améliorer la prise en charge des fumeurs à l'officine.

Communication orale, atelier 23

**Mme Patricia BORRERO**, Sarah KUPFERSCHMID

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS FUMEURS HOSPITALISES: L'EXPERIENCE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE

Introduction : L'hospitalisation peut être une occasion unique dans la vie d'un fumeur pour remettre en question son tabagisme ou arrêter de fumer. La consultation infirmière spécialisée en tabacologie intervient alors à un moment-clé pour aider, suivre et orienter ces patients durant l'hospitalisation. Nous nous sommes penchées sur les caractéristiques du patient fumeur hospitalisé afin de développer des actions spécifiques. Caractéristiques du patient fumeur hospitalisé : La revue des dossiers de la consultation spécialisée en tabacologie a permis de dégager un profil du patient fumeur hospitalisé : les étapes du modèle transthéorique des stades de changement se trouvent bouleversées durant l'hospitalisation. En effet, 92% des patients en sevrage tabagique n'ont pas fait ce choix au départ : ils sont dans l'impossibilité de fumer (lit strict, anesthésie, gravité de la maladie, etc.), et, par la suite, profitent de l'hospitalisation pour poursuivre leur arrêt du tabac sans s'être préparés au préalable. D'autre part, on constate que seulement 9% des patients quittent l'hôpital avec un rendez-vous pour une consultation spécialisée. Développement de nouvelles stratégies : Pour améliorer la prise en charge des patients fumeurs hospitalisés, l'accent a été mis sur l'importance du rôle de promotion de la santé que peuvent jouer les infirmières. Une formation à l'intervention minimale a ainsi été mise sur pied et un dépliant a été crée spécifiquement pour le patient fumeur hospitalisé. En ce qui concerne le suivi, une lettre de liaison est envoyée avec l'accord du patient à son médecin traitant afin, d'une part, d'harmoniser cette prise en charge et, d'autre part, de motiver les médecins à soutenir leur patient dans cette démarche.

Communication orale, atelier 33

**Dr Guy BOUCHARD**, Mishell POTVIN

UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN MILIEU DE TRAVAIL, L'EXEMPLE D'ALCAN.

Depuis 1995, la politique d'Alcan vise à réduire le tabagisme dans le milieu de travail à la fois pour prévenir les maladies professionnelles et pour maintenir l'état de santé et de bien-être de tous ses employés. Alcan utilise une approche intégrée pour contrer la problématique du tabagisme en milieu de travail où promotion et programme de support à l'abandon font front commun dans une approche paritaire intégrant les valeurs de respect, d'équité et d'entraide. Chaque usine a un comité paritaire sur le tabagisme et les activités sont encadrées par un comité provincial. Le modèle d'intervention est basé sur les cinq principes suivants : - Une approche de santé globale intégrée (promotion, prévention, réparation) ; - Une approche familiale (protection des non-fumeurs) - Une approche participative : employeur/syndicat, fumeur/non-fumeur ; - Une approche non coercitive, de respect mutuel ; - Une approche de gratuité des services. Les activités de promotion sont planifiées annuellement et elles comprennent des campagnes de sensibilisation, le défi parrainage, un kiosque interactif, du matériel promotionnel (napperons, articles de journaux, etc.) La prévention touche particulièrement la mise en place d'un réseau d'aidants fumeurs/non-fumeurs dans le milieu de travail, des ateliers éducatifs sur la problématique du sevrage tabagique et une démarche de protection des locaux sans fumée. Un programme d'aide à l'abandon vient supporter les activités promotionnelles et cueillent les fumeurs lorsqu'ils sont prêts à expérimenter l'abstinence. Ce programme vous sera présenté en deuxième partie de cet atelier. Et maintenant, comment se renouveler après plusieurs années intenses d'activités? Comment aller chercher la population des fumeurs irréductibles? Depuis deux ans, nous travaillons à rafraîchir nos messages, revoir notre plan promotionnel et rechercher d'autres méthodes de sensibilisation.

Communication orale, atelier 31

**M. André BOURGEOIS**, Mario BUJOLD

LA GANG ALLUMÉE : UNE APPROCHE DE PRÉVENTION DU TABAGISME FAITE PAR DES JEUNES, POUR DES JEUNES

Cette présentation brossera le portrait du programme La gang allumée pour une vie sans fumée. Cette intervention propose une approche de prévention et de réduction du tabagisme auprès des jeunes qui fournit à ces derniers les moyens d'être les maîtres d'œuvre des activités réalisées. Cette intervention « par les jeunes, pour les jeunes » donne lieu à une multitude de réalisations originales à l'image des adolescents eux-mêmes : concours d'affiches, de dessins, de murales, chanson, pièce de théâtre, chorégraphie, match d'improvisation, vidéoclip, site Internet, contre-publicité, exposition, défilé, jeu questionnaire, etc. En sept ans d'existence, le programme a permis de créer plus de 1800 projets qui ont rejoint directement plus de 250 000 jeunes âgés de 11 à 18 ans. Seront présentés dans un premier temps les objectifs du programme, la façon dont il a été implanté et les ressources utilisées pour en faire la promotion. Suivra un bilan des réalisations qui fera ressortir les points forts de l'approche ainsi que les obstacles qu'elle rencontre. Une emphase sera mise sur deux activités spéciales (campagne médiatique et site Internet) réalisées au cours de la dernière année qui ont permis de maximiser les retombées du programme. Pour terminer, des pistes de réflexions et des enjeux importants pour la progression d'un programme de ce type seront exposés.

Communication orale, atelier 24

**Charley CAUSERET**

PROJET DE CRÉATION D'UN CADRE LÉGISLATIF ANTI-TABAC DÉVELOPPÉ AVEC ET POUR 5 PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE

Résumé non disponible

Communication orale, atelier 19

**Dr Monique CARON-BOUCHARD**, Anne CHABOT, Marie-Reine CORBEIL, Nicole DAMESTOY, Christian VIENS, Christine ROWAN

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE SENSIBILISATION AU TABAGISME AUPRÈS DE JEUNES DE 12-14 ANS EN MILIEU SCOLAIRE.

Objectif : examiner l'impact d'interventions dans le cadre du programme « Une Gang allumée pour une vie sans fumée » des régions de Laval et de la Montérégie du Québec. Vérifier les effets de la mobilisation de la Gang allumée sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements à l'égard de la consommation du tabac. Méthode : une évaluation quasi-expérimentale et longitudinale en trois temps, avant les interventions puis un mois et six mois après, au cours de 2000-2001. La collecte des données s'est effectuée à l'aide de questionnaires fermés auprès de 3258 jeunes de 7 écoles expérimentales et 5 écoles témoins. Divers supports d'intervention ont été analysés : stand, concours d'affiches, jeux, clip radio, animation/classe, site Internet, etc...L'ensemble de l'étude s'inscrit dans une triangulation méthodologique où, outre le questionnaire, l'observation terrain lors des activités, l'entrevue de groupe avec les jeunes intervenants, le journal de bord et la fiche technique d'identification de chaque milieu scolaire ont été utilisés. Résultats : description et analyse des impacts en fonction du niveau d'exposition aux activités de la « Gang allumée pour une vie sans fumée » et de variables sociodémographiques notamment le sexe, et l'environnement sociotabagique des pairs et de la famille. Notre analyse permet de dénombrer quelques changements de comportements, de connaissances et d'attitudes, entre autres, le fait que certains jeunes sont davantage sensibilisés à évoluer dans un environnement sans fumée. Ces changements seront dévoilés pour la première fois dans le cadre de cette communication. Une analyse particulière des jeunes engagés dans une « Une Gang allumée pour une vie sans fumée » sera aussi présentée.

Séance poster 3

**M. Denis CHOINIÈRE**

ÉTUDE COMPARATIVE DU COMPORTEMENT DES DÉTAILLANTS MONTRÉALAIS EN MATIÈRE DE VENTE DE CIGARETTESET DE BIÈRE AUX JEUNES

Objectif : Comparer la vente aux jeunes de cigarettes et de bière chez les détaillants montréalais Méthode : Tests d'achat chez 200 détaillants réalisés par deux jeunes de moins de 18 ans (100 détaillants par jeune), une première série visant l'achat de cigarettes et, 30 jours plus tard, une deuxième série afin de tenter d'acheter de la bière. Résultats : Quarante-et-un pour cent des détaillants ont accepté de vendre des cigarettes aux jeunes, alors que quarante-cinq pour cent étaient prêts à leur vendre de la bière. Il n'y a pas de différence significative entre ces chiffres. Conclusion : Le comportement des détaillants montréalais en matière de vente de cigarettes aux jeunes reflète celui qu'ils ont en matière de vente de boissons alcooliques.

Communication orale, atelier 8

**M. François CHOQUETTE**

LES TENANTS ET ABOUTISSANTS DU LITIGE CONSTITUTIONNEL CONCERNANT LA LOI SUR LE TABAC FÉDÉRALE CANADIENNE

Cette présentation vise à fournir toute l'information nécessaire à une bonne compréhension des enjeux qui entourent le litige constitutionnel mené par l'industrie canadienne des manufacturiers de produits du tabac contre la Loi sur le tabac fédérale. En premier lieu, nous établirons certaines distinctions entre les litiges constitutionnels et autres actions en justice entourant la question du contrôle du tabac. Ensuite, nous présenterons un bref historique de la situation constitutionnelle canadienne en la matière – ce qui nous amènera à discuter des enjeux du procès en première instance dans ce dossier et dont le jugement est attendu pour octobre 2002. Après une brève analyse des arguments présentés par l'industrie, nous conclurons en examinant les options qui s'offrent au juge en l'instance et leurs effets possibles à long terme sur la communauté de la santé. Enfin, il sera indiqué de quelle façon accéder aux transcriptions de l'audition de la cause par le biais d'un site internet.

Communication orale, atelier 1

**M. MAHAMANE IBRAHIMA CISSE**

OBSERVATOIRE DU TABAC EN AFRIQUE FRANCOPHONE OTAF.

RESUME I. HISTORIQUE L'idée d'un observatoire du tabac en Afrique francophone est partie des 1eres rencontres humanitaires francophones sur la lutte contre le cancer qui ont eu lieu à Montpellier du 5 au 7 juin 2000.Ces rencontres ont été organisées sous l'égide de la Ligue Française contre le cancer et l'UICC. Les participants ont souhaité que dans les recommandations que soient identifiés des projets précis avec des partenaires potentiels et des objectifs quantifiables. A l'issue des rencontres plus d'une soixantaine de projets ont été identifiés dont l'observatoire du tabac en Afrique francophone. SOS Tabagisme Mali a été désigné pour conduire la préparation d'une réunion constitutive de l'observatoire à Bamako (Mali ). Plusieurs réunions de travail entre SOS Tabagisme et la Ligue française contre le cancer ont permis la convocation de la réunion de Bamako pour la mise en place de l'observatoire les 3 et 4 Décembre 2001. 9 pays africains (Algérie, Burkina Faso, Guinée, Niger, Tchad, Togo, Sénégal, Cameroun, mali) plus des représentants de la Ligue et de la coalition du Québec pour le contrôle du tabac ont participé à la réunion. L'OTAF s'est depuis étendu à d'autres pays que sont le bénin, la Tunisie, la côte d'ivoire, l'île Maurice... II. MISSIONS La réunion de Bamako a défini les principales missions assignées à l'OTAF. Elles se résument ainsi: * La collecte des données recueillies par les têtes de réseau en ce qui concerne le tabagisme dans les pays francophones africains. La tête de réseau est un point focal de l'OTAF dans chaque pays. Elle a pour mission la collecte, la production et la transmission des données de base à l'observatoire. * Le traitement des informations recueillies par les têtes de réseau en vue de leur diffusion. * La mise à jour des informations entre les différents membres de l'observatoire. III. FONCTIONNEMENT L'OTAF est composé d'un comité exécutif de 3 membres comprenant Daouda Adam du Tchad, Inoussa Saouna du Niger et Mahamane Cissé du Mali. Ce comité est chargé de coordonner l'ensemble des activités de l'OTAF et de servir de courroie de transmission entre ses différents membres. Au niveau de chaque pays membres de l'OTAF existe une tête de réseau qui est le correspondant de l'OTAF dans le pays. Il a pour mission de recueillir les données et les transmettre à l'OTAF. La transmission des données recueillies est laissée à l'appréciation des têtes de réseau en fonction de l'environnement juridique, économique, socioculturel et politique du pays suivant la nomenclature proposée par l'OTAF. Dans le cadre de son fonctionnement, l'OTAF bénéficie de l'appui de son partenaire qui est la Ligue contre le cancer. Celle ci a mis à sa disposition 5 ordinateurs et des subventions pour aider les têtes de réseau dans la collecte des données. La ligue a également pris en charge la participation de 3 membres de l'OTAF à la conférence de Montréal. IV. UTILITE L'OTAF est venu combler un vide en Afrique francophone à savoir le manque de données sur le tabac et l'absence de communication entre les différentes ONG. Aujourd'hui grâce à l'OTAF beaucoup d'ONG africaines sont en synergie, échangent des informations sur la lutte antitabac et participent activement avec les ONG du Nord aux activités de lutte antitabac dans le monde. L'OTAF a presque son site Internet qui sera présenté à Montréal et qui permettra de fournir une masse d'informations sur tous les aspects de la lutte contre le tabac en Afrique francophone.

Communication orale, atelier 10

**M. MAHAMANE IBRAHIMA CISSE**

PROCES CONTRE L'INDUSTRIE DU TABAC AU MALI: UN EXEMPLE HISTORIQUE.

RESUME Le Mali comme la plupart des pays africains sont exposés aux campagnes outrancières de publicité des firmes de tabac en direction surtout des jeunes et des adolescents. Tous les moyens sont bons pour atteindre ces cibles, les plus vulnérables, surtout en l'absence de mesures de contrôle, de législations et d'actions concrètes de lutte contre le tabac dans les pays africains. Profitant de l'organisation de la Coupe d'Afrique des Nations de Football qui s'est déroulée simultanément au Nigeria et au Ghana en l'an 2000 et tirant prétexte de son statut de parrain officiel de cette manifestation sportive, la plus importante organisée tous les 2 ans en Afrique, la firme CRAVEN A a commencé l'organisation en janvier 2000 de plusieurs activités de publicité et de promotion en faveur du tabac sur l'avenue de l'indépendance à Bamako, la plus grande de la capitale malienne. Prévue pour durer 2 semaines, la fête de la cigarette CRAVEN A organisée dans un gigantesque espace aménagé sur fond de banderoles aux couleurs de la cigarette réunissait tous les ingrédients pour atteindre les jeunes: ambiance musicale aux rythmes populaires, écrans de retransmission des matchs de football, distribution des jeux, de tee-shirt CRAVEN A et de cigarettes. Ayant appris et constaté l'organisation de ces activités par la firme CRAVEN A, SOS Tabagisme a commis un huissier de justice le 24 janvier 2000 pour constater les faits et dresser procès verbal. Le même jour l'association a saisi le Tribunal de Bamako de 2 requêtes: l'une aux fins de cessation immédiate de campagne de publicité et l'autre aux fins de réparation de préjudice. Le juge a fait droit à la 1ere requête en ordonnant en référé à la firme CRAVEN A de mettre fin à l'opération de publicité sous astreinte de 250 000 F CFA par jour de retard. La 2e requête visait à faire condamner la firme CRAVEN A au paiement de dommages et intérêts pour publicité illégale. A l'issue de plusieurs audiences qui se sont déroulées entre le 24 janvier 2000 et le 13 avril 2000, le juge a rendu son verdict en condamnant la firme CRAVEN A au paiement d'un franc symbolique à titre de dommages intérêts. Dans ses Attendus, le juge a considéré que la loi 96/041 interdisait la publicité en faveur du tabac à la radio, à la télévision, dans les salles de cinémas et que la seule EXCEPTION admise est l'organisation d'activité publicitaire sur les lieux de la manifestation lorsque celle ci est parrainée par la firme de tabac; qu'en conséquence, l'aménagement d'espace publicitaire par CRAVEN A sur l'avenue de l'indépendance en dehors de toute activité sportive, culturelle ou artistique est une violation de la loi. Poursuivant son argumentation, le Tribunal a considéré que la Coupe d'Afrique des Nations 2000 ayant servi de prétexte à cette activité publicitaire se tenait à Lagos et à Accra en tout cas en dehors du Mali et que la manifestation de CRAVEN A avait bien pour objet de promouvoir la marque de cigarette et d'encourager sa consommation auprès des jeunes et des adolescents. Il a donc estimé qu'il s'agissait d'une atteinte à l'interdiction de publicité édictée par les textes. Cette décision, la 1ere en Afrique, marque un tournant dans la lutte contre le tabac en Afrique où les pressions de l'industrie du tabac se font de plus en plus fortes. Et pour cause, l'absence de législations ou le non respect des dispositions existantes. La décision malienne fait aujourd'hui jurisprudence en Afrique et d'autres associations emboîtent le pas à l'exemple de SOS Tabagisme Niger, elle aussi engagée dans un procès contre l'industrie du tabac au Niger.

Communication orale, atelier 9

**M. Neil COLLISHAW**, Cynthia CALLARD

LE TABAC ET LA MONDIALISATION

À ce jour, le tabac ne fait l'objet d'aucune exception dans les accords internationaux de libre-échange. Plusieurs ententes commerciales internationales (GATT, ADPIC, ALÉNA, par exemple) s'opposent de par leur esprit aux mesures de contrôle du tabac et facilitent même la pénétration par les multinationales des nouveaux marchés que constituent les pays en voie de développement. La solution de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLA) Dans une économie globale réglementée, il est possible de faire adopter des lois protégeant la santé des individus. Il y a déjà longtemps, les États membres ont accepté de manière résolue et sans ambiguïté d'exclure le matériel militaire des accords de libre-échange. Grâce à la CCLA, il serait possible d'en exclure les produits du tabac.

Communication orale, atelier 44

**M. Neil COLLISHAW**, Francis THOMPSON

LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTI-TABAC

On présentera un bilan de la Convention-cadre pou la lutte anti-tabac. On tracera les grandes lignes de son histoire, en commençant par la naissance de l'idée d'une telle loi internationale en 1994, en passant par les discussions à plusieurs reprises du projet de la convention-cadre par l'Assemblée mondiale de la santé, pour ensuite discute l'état actuel des négotiations. On offrira quelques perspectives pour le futur des négotiations, et les bénéfices de la mise en vigueur éventuelle de la convention.

Communication orale, atelier 21

**Dr Jacques CORNUZ**, Jean-Paul HUMAIR

FORMATION DES MEDECINS EN DESACCOUTUMANCE TABAGIQUE: REVUE DE LITTERATURE ET PRESENTATION D'UN PROGRAMME EFFICACE

Les médecins de famille peuvent jouer un rôle majeur dans l'aide aux fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. Malheureusement, peu de médecins pratiquent de manière systématique cette intervention, notamment en raison d'un savoir-faire insuffisant. Il est donc important de mettre sur pied des programmes de formation efficaces. Cette communication vise d'une part à synthétiser les données sur l'efficacité de ces programmes. Cette synthèse montre que, si la plupart des programmes de formation améliorent les pratiques des médecins, très peu augmentent le taux d'arrêt du tabac des fumeurs, ceci en raison de l'absence de deux caractéristiques importantes pour améliorer le conseil médical: l'approche cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel. Cette communication vise d'autre part à décrire un programme récemment développé en Suisse francophone, basé sur les deux caractéristiques sus-mentionnées, ainsi que sur les stades de changement et le recours à des techniques pédagogiques actives, telles que des exercices pratiques avec des patients « standardisés ». Il a été évalué dans le cadre d'un essai clinique randomisé (Ann Intern Med 2002;136:429-437) réalisé parmi les 35 médecins de deux policliniques (17 répartis aléatoirement dans le groupe bénéficiant de notre formation et 18 dans un groupe recevant une intervention témoin) et les 251 fumeurs consécutifs visitant ces 2 groupes de médecins (115 dans le groupe « formation » et 136 dans le groupe témoin). Ce programme s'est révélé efficace dans l'amélioration du processus de soins préventifs (fréquence et qualité des conseils aux fumeurs) et le taux de l'arrêt du tabagisme à un an. Après ajustement pour l'effet de grappe (cluster effect), le taux d'arrêt du tabac est significativement plus élevé chez les patients du groupe « formation » (13%) que celui du groupe témoin (5%) (p value 0.005). Ce programme est actuellement utilisé dans le cadre d'un projet national pour la formation des médecins suisses et sert de base pour la formation d'autres professionnels/elles de la santé.




Séance poster 4

**Dr Juan COULON**

RHETORIQUE HYPNOTIQUE ET SEVRAGE TABAGIQUE

1. Introduction : Dans le cadre stratégique général que le tabacologue peut utiliser, la rhétorique occupe une place importante. Celle-ci a pour objectif de communiquer de manière efficace. Elle est aussi l'art de persuader par le discours à partir d'un argumentaire soigneusement choisi. Nous introduisons dans le sevrage tabagique un outil supplémentaire, celui de la rhétorique.
2. La rhétorique et ses applications : L'argumentation diffère selon le contexte, selon le patient. Nous avons comme objectif de compléter la rhétorique hypnotique habituelle en puisant dans les effets rhétoriques classiques et en les adaptant à la prise en charge du sevrage tabagique. Outre la structure particulière du discours, les topiques, les effets rhétoriques, nous faisons surtout appel aux figures de rhétorique. Celles-ci peuvent être utilisées par la thérapeute dans un but stratégique. Cependant, il est également intéressant de rechercher les formes rhétoriques du patient afin de se mettre en phase avec les particularités communicationnelles de ce dernier. Voici quelques figures de rhétorique: Prolepse Persuasion Il serait trop long de discuter sur toutes les bonnes raisons que l'on a de continuer à fumer… Concentrons-nous plutôt sur les moyens pour arrêter…Allitération Confusion La fumée des fumeurs enfume les non-fumeurs Anaphore Insistance Se libérer de cet esclavage Se libérer de ce poison Se libérer un jour, enfin Anticipation Persuasion Il est vrai que la nicotine améliore la concentration mais, dans le même temps, elle diminue les performances sexuelles…Antithèse Persuasion La cigarette est une amie qui vous veut du mal Apagogie Démonstration par l'absurde Pourquoi ne pas fumer 50 cigarettes par jour si vous pensez qu'elles vous aident tant ? Chiasme Insistance Vous êtes très actif dans votre profession, dans votre projet d'arrêter de fumer pour vos enfants très contemplatif Diaphore Insistance Le fumeur a des raisons que la raison désapprouve (cfr Pascal). 3. CONCLUSION : Appliquer les subtilités du langage, c'est améliorer le niveau de la persuasion et, partant, faciliter le sevrage tabagique. Dans notre pratique clinique, nous associons la rhétorique à une approche globale, hypnotique et stratégique. Elle concerne la prise en charge individuelle des problèmes tabagiques.

Communication orale, atelier 44

**M. François DAMPHOUSSE**

L'IMPACT DE L'APPROCHE GLOBALE SUR LA PRÉVALENCE DU TABAGISME AU QUÉBEC

Les derniers résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada révèlent une importante diminution de la prévalence de l'usage du tabac au Québec au cours des sept dernières années. La consommation per capita a également chuté confirmant que le tabagisme est en recul au Québec. À notre avis, ces tendances découlent directement des mesures de contrôle du tabac misent en place par les gouvernements fédéral et provincial. Les deux gouvernements ont adopté des lois en 1997 et 1998 qui restreignent la publicité du tabac et interdiront en 2003 la commandite. Adoptées sous la loi fédérale, de nouvelles réglementations obligent également l'industrie du tabac d'imprimer depuis 2001 de nouveaux avertissements sur ses emballages avec des images des conséquences du tabagisme sur la santé. Le gouvernement fédéral a aussi introduit des mesures efficaces pour contrer la contrebande et, en collaboration avec le gouvernement provincial, a recommencé à hausser les taxes. De plus, la législation provinciale impose de sérieuses restrictions de l'usage du tabac dans les milieux de travail et les lieux publics depuis décembre 1999. Les aides pharmacologiques pour cesser de fumer sont finalement couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec depuis octobre 2000. L'impact combiné de toutes ces mesures fournit une preuve supplémentaire démontrant que l'approche globale constitue effectivement une stratégie efficace de lutte au tabagisme. Malgré ces succès, la communauté de la santé n'a pas décidé pour autant de ralentir ses efforts pour contrôler le tabac. Par exemple, elle travaille actuellement pour tenter d'éliminer les descripteurs trompeurs tels que « douces » ou « légères » sur les emballages des produits du tabac. Elle encourage également les gouvernements à entreprendre des campagnes médiatiques efficaces similaires à celles diffusées dans les états de la Californie ou de la Floride.

Communication orale, atelier 10

**M. François DAMPHOUSSE**

LES PROCÈS: UNE OCCASION UNIQUE POUR INFORMER LE PUBLIC SUR LES PRATIQUES DE L'INDUSTRIE DU TABAC

Le gouvernement du Canada a adopté en avril 1997 la Loi sur le tabac qui impose, entre autres, de sérieuses restrictions sur la publicité du tabac et interdira la commandite à partir d'octobre 2003. Comme pour toutes les mesures efficaces de lutte contre le tabagisme, l'industrie du tabac a décidé, peu après son adoption, de contester cette loi prétextant qu'elle vient enfreindre sa liberté d'expression garantie par la Charte canadienne des droits et des libertés. Le procès a débuté en janvier 2002 et a constitué jusqu'à maintenant une occasion unique pour informer le public sur les pratiques de l'industrie du tabac (exemple: recrutement des nouveaux fumeurs). Notre association, en collaboration avec la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, s'est assurée tout d'abord d'alerter les médias du début du procès et de leur transmettre le point de vue de la communauté de la santé sur l'importance de défendre cette loi comme étant la pierre angulaire de la lutte au tabagisme au Canada. Des avis ont également été envoyés aux médias pour les informer de la parution des prochains témoins-experts de la défense. Des résumés des rapports de chacun des témoins-experts ont aussi été préparés et envoyés aux médias et aux politiciens du gouvernement fédéral et du Québec. Finalement, des rapports et des documents de preuves déterminants ont été remis à des journalistes-clés. Ces démarches ont porté fruit puisque les médias ont amplement rapporté les propos de la communauté de la santé lors du début du procès. D'importants articles de journaux ont également été publiés sur les plus récents travaux de marketing de l'industrie du tabac. La communauté de la santé devrait donc profiter le plus possible des opportunités que lui procure les procès pour mettre en place une stratégie efficace de communication dans le but de transmettre toute nouvelle information pertinente sur les pratiques de l'industrie du tabac auprès du public.




Communication orale, atelier 9

**M. ELHADJ ADAM DAOUDA**

LA LUTTE POUR LE CONTROLE DU TABAC DANS UN PAYS PAUVRE NE DISPOSANT PAS DE LEGISLATION ANTI-TABAC : CAS DU TCHAD

En l'absence d'études appropriées et de données dans ce domaine sur le plan national, la situation du tabac dans mon pays le Tchad est très mal connue. Cependant une étude menée en 1999 dans la ville de N'Djamena montre que 74% des fumeurs ont un âge inférieur ou égal à 30 ans. Sur le plan réglementaire et législatif, mis à part l'Arrêté du Ministre de la Communication datant de 1994 et qui interdit la Publicité du tabac dans les médias publics mon pays le Tchad, ne dispose pas de politique et de cadre législatif et réglementaire de lutte contre le tabagisme. L'industrie du tabac profite de l'absence de la réglementation contre le tabac et de l'état de pauvreté des populations et de notre économie pour promouvoir la consommation du tabac chez les jeunes qui constituent la cible privilégiée. Ainsi, la publicité sur le tabac est présente partout. Elle est de plus en plus agressive. Les panneaux publicitaires sont installés sur les axes d'accès aux établissements scolaires et le plus souvent devant les lycées et collèges. De même, toutes les manifestations culturelles et sportives sont sponsorisées par l'industrie du tabac et ce sans que cela n'émeuve les pouvoirs publics qui brillent par une indifférence totale; car la lutte contre le tabac ne fait pas partie des priorités du gouvernement. Pour exemple, jusqu'en décembre 2000, les paquets de cigarettes vendues au Tchad ne comportaient pas de mentions sur la santé des fumeurs. Il a fallu l'interpellation et les plaidoyers menés par mon organisation pour que les autorités ne décident de réglementer l'inscription de ces mentions sur les paquets de cigarettes. La situation est préoccupante au regard des moyens que l'industrie locale du tabac déploie sur le terrain, nous sommes convaincus que dans les années à venir, la situation serait dramatique si rien ne se fait pour protéger les jeunes. Notre organisation comme toutes les organisations de consommateurs s'occupent de tous les problèmes de consommation ; mais vu l'ampleur des risques auxquels sont exposés les consommateurs et en particulier les jeunes, mon organisation a jugé nécessaire de créer en son sein une Cellule consacrée uniquement au tabac. Les actions de dénonciation et de plaidoyer menées par l'ADC ont permis d'obtenir l'adhésion du Ministère de la santé publique et certains députés pour la mise en place d'un cadre réglementaire et législatif. Mais compte tenu du manque de moyens et de certaines priorités du Département de la santé, les actions concrètes tardent. C'est pourquoi nous avons initié avec le concours finnacier d'Américan cancer Society, un projet de loi dont les travaux de rédaction en cours de finalisation. Un séminaire atelier de validation est programmé en mi-novembre 2002. Et ensuite ce projet sera remis officiellement au gouvernement ou au parlement pour adoption. Parallèlement à cela, nous menons de campagnes de lobbying pour soutenir le projet ainsi que la convention cadre de l'OMS. De même, des campagnes de sensibilisation sont organisées à l'attention des jeunes en particulier les lycéens et collégiens en vue de les amener à prendre conscience des dangers du tabagisme. Nous avons ainsi installé des clubs antitabac dans six lycées et collèges. En définitive, l'on peut affirmer sans se tromper que la lutte contre le tabac au Tchad est pratiquement une affaire des organisations de la société civile et de la Représentation locale de l'OMS. Ce qui est bien regrettable.

Séance poster 5

**Julie DAUPHIN**

EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS VISANT LE TABAGISME MATERNEL PRÉNATAL

En dépit de l'implication grandissante des gouvernements et des organismes de santé dans la réduction du tabagisme, la prévalence du tabagisme durant la grossesse demeure élevée au Québec, se situant à 25,8 %, ce qui représente le plus haut taux au Canada (Santé Canada, 2000). Chez les jeunes femmes de moins de vingt ans, ce taux atteint 40,5 % et peut atteindre 57 % chez les femmes de milieux socioéconomiques défavorisés. En ajoutant le nombre de mères enceintes exposées de manière régulière à la fumée secondaire, on obtient un nombre assez élevé d'enfants qui, dès la naissance, ont déjà été exposés de manière chronique à la fumée de tabac. Le tabagisme maternel durant la grossesse, actif et passif, représente un double risque: il affecte non seulement la santé de la mère, mais ses effets au niveau de la santé et du développement du fœtus (e.g. retard de croissance intra-utérin, prématurité, mort subite du nourrisson) sont maintenant largement documentés. De plus, des études récentes ont démontré un lien entre l'exposition prénatale à la fumée de tabac et le développement de certains troubles de comportements chez l'enfant (e.g., hyperactivité, agressivité), y compris l'expérimentation précoce au tabagisme. Bien que le tabagisme maternel durant la grossesse représente un facteur de risque parfaitement évitable, l'efficacité des interventions antitabagiques s'adressant aux femmes enceintes s'avère plutôt décevante. Bien que très hétérogènes, les taux de cessation du tabagisme attribuables aux interventions dépassent rarement 15 %. Les femmes les moins réceptives aux interventions antitabagiques sont généralement celles qui fument davantage et depuis plus longtemps, et qui proviennent de milieux défavorisés au plan socioéconomique (bas niveau d'éducation, faible revenu). La présente étude se veut une synthèse de l'efficacité des programmes antitabagiques durant la grossesse et suggérera des pistes pour tenter d'améliorer le rendement des interventions auprès de la population québécoise.

Communication orale, atelier 16

**Pr Bertrand DAUTZENBERG**, Pierre BIRKUI, Jacqueline RUBAL, David YOUSSI, Jacqueline RUBAL, Patrice PAILLOTET

LA POSSESSION D'UN TELEPHONE PORTABLE EST ASSOCIE A UN TAUX DE TABAGISME ELEVE CHEZ LES ADOLESCENTS.

Introduction : Charlton et Bates (BMJ, 2000 ; 321 : 7269) avaient émis l'hypothèse d'un lien inverse entre consommation de tabac et possession d'un téléphone portable en utilisant des données rétrospectives globales. L'hypothèse avancée étant que le téléphone remplaçait la cigarette dans son rôle d'initiateur du lien social. Dans le cadre de l'enquête transversale annuelle conduite depuis 11 ans sur un échantillon représentatif des élèves de Paris, trois questions ont été ajoutées sur le téléphone portable en 2001 et 2002 afin de connaître la relation entre consommation de tabac et de haschisch et possession d'un téléphone portable. Méthodes : Une enquête transversale a été réalisée en avril 2001 et 2002 sur des classes tirées au sort comportant 7000 élèves et représentant 2,5 % des élèves des collèges et lycées de Paris. L'auto-questionnaire anonyme a été rempli durant les heures de classes selon les indications transmises par le chef d'établissement. Résultats : 6877 questionnaires ont été exploités. Le tabagisme quotidien croît de façon parallèle à la consommation mensuelle de haschisch et à la possession d'un téléphone portable. Le risque relatif si l'on possède un portable d'être fumeur est compris entre 3,3 et 1,5 selon l'âge et le risque relatif d'être consommateur de haschisch varie de 2,3 à 1,2. Conclusion : L'hypothèse de Bates n'est pas vérifiée ; bien au contraire la possession d'un téléphone portable est liée à la consommation de tabac de 12 à 19 ans et à la consommation de haschisch de 12 à 16 ans. Remerciements : CPAM de Paris, CNAMTS, Rectorat de l'Académie de Paris.

Communication orale, atelier 37

**Pr Bertrand DAUTZENBERG**, Fabienne BLANCHET, Claude DREUX, Loïc JOSSERAN

EFFICACITE DE LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE SELON SA DELIVRANCE AVEC OU SANS PRESCRIPTION MEDICALE

Introduction : En début 2000 la substitution nicotinique est devenue disponible sans prescription médicale en France. Les ventes ont augmenté de 280% avec ce délistage puis sont restées au double de 1999 sur les 2 années suivantes. Méthodes : Une étude prespective a été conduite en demandant durant 1 mois à tous les acheteurs de substituts nicotiniques de 240 pharmacies volontaires de remplir un questionnaire et de donner leur accord pour un rappel téléphonique. Résultats : Parmi les 598 fumeurs qui ont remplis le questionnaire initial, 267 ont accepté un rappel téléphonique et donné leur numéro de téléphone (28% avec prescription et 72% sans prescription). 95 achetaient des substituts pour débuter un traitement et 172 pour le renouvellement du traitement. 250 ont répondu au rappel (94%). La substitution a consisté en des patchs (232), des gommes (30) ou des tablettes (13). 3% utilisaient plus d'une forme de substitut. Les répondants sont à 53% des hommes. L'âge moyen est de 41±11 ans. Le score moyen de Fagesrtöm est de 6,1±2,5, non différent entre les acheteurs avec ou sans prescription. A trois mois, 51% des acheteurs ne fument plus, 43% fument et 6% sont sans nouvelles. En ne prenant en compte que les fumeurs ayant acheté les substituts nicotiniques pour l'initiation du traitement lors de l'inclusion, le taux de succès déclaré est de 41% dans le groupe prescription et 34% dans le groupe sans prescription (NS). A un an ce taux est de 14 et 15% respectivement. Conclusion : La substitution nicotinique est aussi efficace pour l'arrêt du tabac sans prescription qu'avec à 3 et 12 mois.
Remerciement : CNAMTS, Ministère de la Santé.

Communication orale, atelier 6

**Pr Bertrand DAUTZENBERG**, Anne BORGNE, Patrick DUPONT, Aline MOREAU, Marie Dominique DAUTZENBERG

EVALUATION DE L'IMPACT SUR LES CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE D'UNE CAMPAGNE TV A SUCCES SUR LE PRODUIT TABAC EN FRANCE.

Introduction : Une campagne télévisuelle préparée par la CNAMTS et le CFES et diffusée par l'INPES s'est pour la première fois en France adressée au tabac comme un produit de consommation : un écran noir est apparu sur les principales chaînes avant et après le journal télévisé annonçant : « avis aux consommateurs, des traces de mercure, d'acide cyanhydrique, d'ammoniac et de cadmium ont été trouvées dans un produit de consommation courante. Pour en savoir plus téléphonez au 0800 ... ». Plus d'un million d'appels ont été enregistrés les premières 24 heures. Le répondeur téléphonique et, dès le lendemain, les spots diffusés précisaient que le produit est ....la cigarette. Le clip a été bien accueilli, mais la pertinence en type de changement d'attitude est l'objet de discussions. Méthodes : Un questionnaire a été envoyé à 380 consultations de tabacologie en France afin de connaître l'opinion des médecins, l'opinion des fumeurs consultants et d'estimer l'influence sur la demande d'arrêt du tabac, suite à la diffusion de ce clip. Résultats : Les résultats de cette enquête seront présentés. Conclusions : Des évaluations multiples d'une telle campagne sont nécessaires pour les évaluer au-delà de l'impact immédiat.

Communication orale, atelier 45

**Pr Nicole DEDOBBELEER**, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, Marie-Rachèlle NARCISSE

COUVERTURE JOURNALISTIQUE DU TABAC DANS TROIS PROVINCES CANADIENNES

Le but de cette présentation est de décrire l'étendue de la couverture journalistique sur les principaux enjeux du tabac dans trois provinces canadiennes, d'analyser les messages transmis, et d'examiner l'impact de cette couverture sur le tabagisme des hommes et des femmes. Les données ont été recueillies sur 7 années, de 1978 à 1995, période au cours de laquelle le Canada traversa une crise fiscale et constitutionnelle liée à la taxation du tabac. Les enquêtes nationales ont servi de sources de données sur l'usage du tabac. Les principaux journaux des régions métropolitaines de trois provinces (le Québec, l'Ontario et la Colombie Britannique) ont été sélectionnés. Tous les articles parus dans ces journaux sur les thèmes du tabac, cigarettes et nicotine ont été retenus, soit 1955 articles. Les microfiches d'un échantillon d'articles, parus le mercredi et le samedi ont été analysées. L'analyse de contenu de ces articles a porté sur la visibilité, la teneur, et la tendance des articles. De 1978 à 1995, les résultats montrent les variations du nombre d'articles publiés sur le tabac dans les trois provinces, et particulièrement au Québec et en Ontario. Des différences significatives sont aussi observées au niveau de la teneur et de la tendance des messages transmis. La couverture journalistique des questions du tabac n'a toutefois pas influencé de la même façon la prévalence des fumeurs que la quantité de cigarettes fumées. Comme les articles de journaux constituent une source importante d'information factuelle et peuvent influencer la compréhension, les croyances, les attitudes et usage du tabac des lecteurs, les effets de ces articles sur la consommation de tabac des hommes et des femmes seront discutés.

Communication orale, atelier 11

**Pr Nicole DEDOBBELEER**, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, François BÉLAND

LES FEMMES ET LES POLITIQUES DE CONTRÔLE DU TABAC

Cette présentation portera sur l'effet des prix des cigarettes et des lois sur le contrôle du tabac sur l'usage de la cigarette des femmes et des hommes en Ontario, Colombie Britannique et Québec. Un devis transversal à mesures répétées a été utilisé. Des hommes et des femmes de l'Ontario, de la Colombie Britannique et du Québec, âgés de 15 ans et plus, ont été étudiés à des moments différents de 1978 à 1995. Les données ont été tirées d'enquêtes nationales et de documents officiels. Des différences ont été observées entre les trois provinces au niveau des prix des cigarettes, de l'étendue et de la sévérité des lois, et ceci de 1978 à 1995. Les résultats ont montré que des facteurs personnels (i.e. âge, éducation) et interpersonnels (i.e. taille du ménage) sont des déterminants de l'usage de la cigarette. Ils ont aussi révélé que le tabagisme s'inscrivait dans un contexte social particulier et que les hommes et les femmes ne régissent pas nécessairement de la même façon aux politiques de contrôle du tabac. Les résultats de l'étude montrent en fait qu'il n'y a pas de solution simple et unique au tabagisme et qu'il semble important de s'attaquer non seulement à l'usage du tabac mais également à la situation de vie des hommes et des femmes qui contribue à la consommation.

Communication orale, atelier 34

**Pr Michel DELCROIX**, Conchita GOMEZ, Anne-Marie SCHOELCHER, Jean Patrick DEBERDT, François RUFF

GROSSESSE ET TABAC: "MESURES PROMETTEUSES ET EFFICACES"

INTRODUCTION: La lutte contre le tabagisme féminin est devenu une priorité qui s'impose par la croissance alarmante des méfaits liés au tabac et les décès prématurés par cancer du poumon. Le tabagisme féminin présente la double spécificité d'atteindre la femme à des périodes de vulnérabilité liées aux changements de sa vie hormonale, ou à la précocité de son initiation et d'atteindre l'enfant qu'elle porte. Aussi l'amélioration de la diffusion des connaissances, le développement de la recherche sur les conséquences du tabagisme actif et passif pendant la grossesse, sont une nécessité. METHODE: Mettre en oeuvre, avec les professionnels de santé concernés, et le développement des réseaux de prévention du tabagisme, les recommandations du groupe d'experts* sur le tabagisme passif. - Informer sur le tabagisme passif dans dans le carnet de santé des enfants, sur le carnet de suivi de la grossesse, sensibiliser les pères. - Généraliser la mesure du CO expiré dans les bilans de santé del'assurance maladie, en médecine du travail, dans les consultations de gynécologie obstétrique et de suivie de grossesse. Un taux de CO >10ppm dépasse les valeurs limites admises en Europe pour la qualité de l'air ambiant. La mesure du CO doit être une constante enregistrée en routine chez la femme enceinte et niveau de toutes les maternités pour la sensibilisation et la motivation à l'arrêt des fumeuses et de leur environnement.- Assurer la gratuité des substituts nicotiniques pour la femme enceinte et dès le désir de conception, favoriser l'aide à l'arrêt. La substitution nicotinique contrôlée est préférable à la poursuite du tabagisme.- Relancer les campagnes d'information sur le rôle du tabagisme passif dans le syndrome de mort subite du nourrisson.- Faire changer l'image sociale du tabagisme par une communication forte et ciblée.- Développer la recherche sur la dépendance de la femme enceinte, les conséquences sur le foetus et le développement de l'enfant. La stratégie retenue consiste à favoriser le développement du Réseau des maternités sans tabac et à "régionaliser" les actions pour être plus proche des problèmes des populations. CONCLUSION:Les responsables politiques et les décideurs doivent, sous l'impulsion des professionnels de santés motivés, affecter les moyens nécessaires à la promotion de la santé et inscrire dans les priorités, la prise en compte des différents déterminants familiaux et sociaux du tabagisme. *Rapport du groupe d'experts présidé par le professeur Bertrand DAUTZENBERG Mai 2001 Paris.

Communication orale, atelier 48

**Mme Lyne DESCHÊNES**

L'EVALUATION DE L'IMPACT DES AVERTISSEMENTS DE SANTE SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES

Une première mondiale autorisée par la Loi sur le tabac adoptée en 1997 par le Parlement du Canada a été l'apposition obligatoire d'avertissements de santé sur les paquets de cigarettes en vertu du Règlement sur l'information relative aux produits du tabac (2000). Les nouveaux avertissements couvrent la moitié supérieure à l'avant et au dos du paquet et comportent des images telles une tumeur au poumon, un cerveau ayant subi un accident cérébro-vasculaire ou un cœur endommagé. L'intérieur des paquets renferme d'autres messages, notamment des conseils pour cesser de fumer. Une année après l'implantation des avertissements de santé, le Groupe de recherches Environics Limitée, à la demande de la Société canadienne du cancer et grâce au soutien financier de l'Institut du cancer des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a réalisé une évaluation de l'impact de ces avertissements. Cette étude, « Évaluation de l'impact des nouveaux avertissements sur les paquets de cigarettes » (Evaluation of New Warnings on Cigarette Packages) démontre que les nouveaux avertissements de santé sur les paquets de cigarettes s'avèrent efficaces pour décourager le tabagisme. Pour un nombre substantiel de fumeurs, les avertissements ont accru leur motivation à cesser de fumer, ont augmenté leurs préoccupations sur les effets de la cigarette sur la santé, et ont accru leurs connaissances des effets néfastes de la cigarette sur la santé.

Communication orale, atelier 14

**Dr Sophie DESME**, DAVID PEROL, Jean-Charles CETRE, Franck CHAUVIN

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-A-VIS DU TABAGISME DES ETUDIANTS DE LA FILIERE SANTE DE L'UNIVERSITE DE LYON (FRANCE)

Les étudiants des universités de santé constituent une population particulière en ce qui concerne les attitudes et comportement vis à vis du tabac. En effet, les pouvoirs publics demandent de plus en plus aux professionnels de santé d'intervenir dans les actions de santé publique et notamment dans la lutte contre le tabagisme. Cependant, peu d'éléments permettent de classer les étudiants de santé, qu'ils soient fumeurs ou non fumeurs, sur la base de leurs positions vis-à-vis 1) du comportement tabagique et 2) du dispositif de lutte contre le tabagisme. Des profils distincts de fumeurs et de non fumeurs ont ainsi récemment été définis en population générale en Ontario (Canada) par un questionnaire spécifique (Poland et al, Tobacco Control 2000). Il était important de déterminer si une telle typologie se retrouvait chez les étudiants de santé, afin d'adapter le contenu de leur formation initiale et de développer une culture de prévention efficace. Une version française du questionnaire initial a été proposée en mai 2002 aux 1417 étudiants de la 2ème à la 5ème année des filières médecine et odontologie de l'Université Lyon I. Le taux de participation a été de 71%, avec 23% de fumeurs, 58% de femmes et 92% de célibataires. La médiane d'âge était de 22 ans [min. 18 ans, max. 37 ans]. 10% des fumeurs étaient dépendants à la nicotine selon le test de Fagerström. Pour 92% des non fumeurs et 81% des fumeurs, le dispositif de lutte antitabac devait être accentué pour inciter les fumeurs à l'arrêt ; cependant, 13% des non fumeurs et 37% des fumeurs jugeaient suffisantes les mesures contre le tabagisme (« Il faut laisser les fumeurs tranquilles ! »). L'étape suivante, en cours de réalisation, sera d'établir par une analyse descriptive multivariée la typologie des attitudes et comportements des étudiants de santé lyonnais. Nous remercions le Professeur Blake Poland (Université de Toronto) pour sa contribution à ce travail.

Communication orale, atelier 44

**Mme Nathalie DEVILLIER**

MONDIALISATION DES ECHANGES CONTRE MONDIALISATION DE LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME : EVALUATION DE LA CONVENTION-CADRE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La présentation a pour but d'exposer le cadre normatif actuel des échanges internationaux dans le secteur du tabac (accords de l'Organisation Mondiale du Commerce) et de mettre en évidence les apports possibles de la Convention-cadre contre le tabagisme afin de déterminer dans quelle mesure cette initiative prometteuse sera ou non efficace. En effet, à défaut de règle internationale intégrant le caractère létal du tabac, c'est le droit international économique général qui a vocation à s'appliquer. La Convention-cadre contre le tabagisme devra faire passer la vie humaine avant les intérêts commerciaux afin de garantir la suprématie de la santé sur le commerce au niveau international. Cette convention régira les multiples aspects des échanges de produits du tabac au titre de lex specialis. Elle trouve sa justification dans la reconnaissance du fait que la mondialisation des activités humaines conjuguée à la contraction de l'espace qui en résulte a favorisé une prise de conscience face aux dangers que certains phénomènes représentent pour l'humanité entière : il s'agit de rechercher un équilibre entre les intérêts économiques et sanitaires divergents des Etats. Les questions suivantes seront traitées : 1/ Quel est l'impact de la libéralisation des échanges sur la santé des personnes ? On identifiera les défis résultant des accords de Marrakech en matière de santé publique, en particulier dans le domaine du tabagisme en illustrant le propos avec l'exemple de l'accession de la Chine à l'OMC ; 2/ Les accords de l'OMC offrent-ils suffisamment de souplesse aux Etats membres pour leur permettre de relever ce défi ? On expliquera quels sont les contraintes rencontrées par les Etats en vertu des dispositions actuelles. ; 3/ Quel est l'apport possible des mesures commerciales figurant dans la Convention-cadre de l'OMS ? Enfin, on évaluera si leur rédaction actuelle est satisfaisante et on proposera des solutions alternatives.

Communication orale, atelier 43

**M. Pierre-Alexandre DION**

PROJET HORIZON 0

« Horizon 0 » est une initiative conjointe de l'Unité Québécoise de recherche sur le tabagisme (UQRT) et de Médecins pour un Canada sans fumée. L'objectif de base est l'élaboration et la mise en place d'une structure industrielle au Canada afin de contrer efficacement l'industrie du tabac. Plusieurs concepts efficaces seront évalués et modifiés à des fins de contrôle et de réduction tabagique pour finalement créer une structure canadienne pleinement viable et efficace. Le modèle Australien TRA et Philippin du BFAD sont les plus intéressants pour le Canada. Ces modèles visent essentiellement une redéfinition des produits du tabac et une prise ne charge au niveau économique de la lucrative industrie du tabac. Le Système d'information des matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) sera aussi un élément d'emprunt majeur pour cette nouvelle structure. Cette nouvelle structure industrielle va aussi tenter de minimiser les impacts économiques reliés au commerce de la nicotine tout en maximisant le but ultime de 0% de fumeurs au Canada.

Communication orale, atelier 6

**Mme Jacqui DROPE**, Stella AGUINAGA BIALOUS

L'INDUSTRIE DU TABAC ET LES ESPACES SANS FUMÉE : LES TACTIQUES ET STRATÉGIES DE L'INDUSTRIE DU TABAC POUR MAINTENIR LE TABAGISME (1ÈRE PARTIE DE TROIS SECTIONS)

Les documents secrets de l'industrie du tabac révèlent que l'expansion du mouvement pour la promotion d'espaces sans fumée a été identifié comme une menace à ses profits. Pour mener combat à ce mouvement, l'industrie a poursuivi plusieurs stratégies dissimulées mais tout à fait efficaces pour arriver à son but. Cette situation est encore plus grave chez les pays en voie de développement où l'industrie a employé des stratégies tôt pour empêcher que les citoyens de ces pays aient droit à de l'air sans fumée. L'objectif de cette présentation est d'aider les participants à identifier les stratégies de l'industrie et ses alliés. Cette présentation communiquera des informations recueillies auprès de documents confidentiels délinéant la stratégie pour opposer l'avancement de lois et de politiques protégeant les non-fumeurs. Ces stratégies incluent: 1) réfuter les conséquences négatives du tabagisme passif sur la santé; 2) la séduction des médias pour présenter la perspective de l'industrie; 3) la création d'alliances et de groupes porte-parole, par exemple, avec l'industrie d'accueil; 4) la commandite d'études douteuses pour donner des informations fausses vis-à-vis l'impact économique de ces lois et politiques; 5) la proposition de systèmes de ventilation comme une forme d'accommoder la fumée, malgré l'absence de preuve scientifique justifiant la ventilation comme solution.

Communication orale, atelier 12

**Mme Jacqui DROPE**, Stella AGUINAGA BIALOUS

L'INDUSTRIE DU TABAC ET LES ESPACES SANS FUMÉE : LES INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR LA PROMOTION DE LA PROTECTION DES NON-FUMEURS (2IÈME PARTIE DE 3 SECTIONS)

L'objectif de cette présentation est de donner aux participants de la conférence des instruments pour informer et stimuler le débat entre chefs d'opinion, les médias et le public sur l'importance de lois et politiques pour la protection de non-fumeurs. Cette présentation partagera avec les participants les plus récentes informations et découvertes disponibles dans les journaux scientifiques et sur les sites Internet. Cette présentation discutera des recherches sur les conséquences négatives du tabagisme passif; les études sur l'impact économiques de lois et politiques de protection aux non-fumeurs; comment communiquer avec et informer les médias, décideurs, et le public à propos de tabagisme passif; et la meilleure façon de traduire les résultats d'études scientifiques en politiques et législation en matière de santé publique. On discutera aussi des points clés à considérer en développant les lois et politiques et comment reconnaître et esquiver le langage qui donne avantage à l'industrie contre la santé publique.




Communication orale, atelier 47

**Mme Jacqui DROPE**, Stella AGUINAGA BIALOUS

L'INDUSTRIE DU TABAC ET LES ESPACES SANS FUMÉE : ACTIONS PUBLIQUES POUR NEUTRALISER L'INDUSTRIE DU TABAC ET SES ALLIÉS EN PROMOUVANT LES POLITIQUES DE PROTECTION DE NON FUMEURS (3IÈME PARTIE DE 3 SESSIONS)

L'expérience gagnée dans les pays industrialisés, avec les informations des documents secrets de l'industrie du tabac, sont des instruments puissants pour développer des cadres d'actions publiques pour la protection de non fumeurs. Ces cadres servent aussi d'appui pour la Convention cadre pour la lutte anti-tabac. L'objectif de cette présentation est d'aider les participants de la conférence avec le développement de stratégies pour informer les chefs d'opinion, les médias et le public sur les actions de l'industrie du tabac empêchant la promotion des activités de santé publique protégeant les non fumeurs. Nous offrons aussi aux participants des instruments pour lutter contre les efforts de l'industrie par l'entremise de cadres d'actions publiques pour la promotion d'espaces sans fumée. Cette présentation discutera: 1) comment mobiliser, créer et maintenir des coalitions de santé, le développement des liaisons avec le gouvernement, la communication et stratégies médiatiques; 2) comment immobiliser l'influence de l'industrie avec un encadrement adéquat sur le sujet de protection de non fumeurs (par exemple, ce n'est pas une lutte contre les fumeurs mais pour la santé); et 3) comment développer le matériel éducatif.

Communication orale, atelier 39

**Pr Gérard DUBOIS**

LE RAPPORT MINISTERIEL FRANÇAIS SUR LA REDUCTION DU RISQUE TABAGIQUE

Le tabac est fumé depuis plusieurs siècles mais la recherche à son sujet n'est pas aussi approfondie qu'on pourrait l'imaginer. La prévention du risque tabagique associée à la dépendance tabagique peut être résumée de la façon suivante: 1° L'arrêt du tabac ; 2° La réduction du risque (diminuer les effets négatifs) ; 3° Modifier les produits fumés ou la façon de consommer ; 4° La substitution temporaire ; 5° L'utilisation de méthodes alternatives de la nicotine ; 6° L'utilisation d'un autre produit psycho-actif (bupropion). I] interventions sur le produit : Le groupe de travail attire l'attention sur le fait qu'il n'existe pas de cigarette sans danger. Il attire particulièrement l'attention sur l'erreur qui consisterait à ne s'intéresser aux nouveaux produits quand les anciens représentent la plus grande part de marché. Aussi, toutes les mesures proposées concernent-elles la TOTALITE des produits du tabac. Les connaissances restent insuffisantes, les moyens de recherche limités, la réglementation inadéquate. Le groupe de travail propose 12 mesures rationnelles basées sur les connaissances ou un compromis acceptable. II] La réduction de la consommation de tabac : Le groupe de travail note que l'arrêt doit rester l'objectif principal. Réduire la consommation ne doit être envisagé que comme une option de seconde ligne. Le groupe de travail ne soutient donc pas une politique de réduction du risque pour tous les fumeurs. De nombreuses études sont en cours et pourraient amener à reconsidérer éventuellement cette position. Cependant, pour les fumeurs dont l'état serait aggravé par leur tabagisme et qui ne sont pas parvenus à arrêter, même en l'absence de preuve, le groupe de travail considère que la réduction de consommation peut être proposée, avec pour but éventuel un futur arrêt, même si la date de celui-ci est inconnue.

Communication orale, atelier 5

**Pr Gérard DUBOIS**

LA RESPONSABILITE DE L'INDUSTRIE DU TABAC DANS LA PANDEMIE TABAGIQUE

Face au désastre de la pandémie tabagique, on peut légitimement s'interroger sur la responsabilité de l'industrie du tabac. A la suite de la décision de la Court du Minnesota, des dizaines de millions de leurs documents internes ont été rendus publics. Des documents seront présentés qui concernent : 1° Santé et industrie du tabac ; 2° La nicotine est une drogue ; 3° La manipulation de la nicotine ; 4° Viser les enfants ; 5° Cigarettiers contrebandiers ; 6° Les cigarettiers achètent des scientifiques ; 7° Les cigarettiers menacent l'industrie pharmaceutique. Il est clair que les cent millions de décès dus au tabac au XXiéme siècle ne sont pas le résultat du choix conscient de consommateurs adultes et responsables mais celui d'une politique volontaire agressive et conquérante d'une industrie a eu voulu imposer ses intérêts financiers au mépris de la vie humaine et du droit par la tromperie, la duperie, la fourberie, la duplicité et la corruption. L'histoire n'est pas encore terminée et se pose la question même de laisser opérer une industrie qui utilise de tels moyens. C'est pourquoi l'attention des gouvernements doit être attirée sur le rôle essentiel joué par l'OMS qui est chargée de mettre en place d'ici 2003 la Convention Cadre Internationale sur le Contrôle du Tabac. Cette réponse doit être à la dimension du problème. Il n'est pas d'exemple d'un plus grand mensonge d'une industrie entière, d'une attitude fausse, suffisante, hypocrite, d'une recherche de profit sans limite menant au plus grand désastre sanitaire de tous les temps. Nous savions l'industrie de tabac meurtrière, nous la découvrons assassine.

Communication orale, atelier 9

**Mme Debra EFROYMSON**, Saifuddin AHMED, Sian FITZGERALD

LA MALNUTRITION, CONSÉQUENCE PEU CONNUE DE LA CONSOMMATION DU TABAC DANS LES PAYS PAUVRES

En particulier dans les pays en voie de développement, la consommation de produits du tabac a un impact important sur la santé économique des ménages, puisque l'argent qui y est consacré ne peut plus servir à subvenir aux besoins vitaux, notamment à l'achat de nourriture. A l'aide des statistiques officielles du Bangladesh et de données sur les prix de la nourriture et du tabac, nous avons calculé la quantité mensuelle de nourriture supplémentaire que les pauvres auraient pu acheter s'ils n'avaient pas consommé de tabac. La moitié des Bangladeshis ne mangent même pas le minimum vital de calories; la consommation de produits du tabac est plus répandue chez les ménages les plus pauvres, dans lesquels vivent de nombreux enfants qui souffrent de malnutrition. Selon nos calculs, plus de 10 millions de personnes dépasseraient la seuil de pauvreté, en mangeant à leur faim tous les jours, si l'argent que les ménages consacrent actuellement à l'achat de tabac servait plutôt à combler leurs besoins alimentaires. Les ménages dégageraient même des surplus pour d'autres types de dépenses. Une telle redistribution des dépenses aurait donc pour effet non seulement une réduction importante des niveaux de malnutrition, mais aussi une augmentation éventuelle des emplois dans le secteur de la production de biens de consommation. Ce constat, sans doute valable pour d'autres pays pauvres, signifie que la réglementation des produits du tabac peut être un outil important de réduction de la malnutrition.

Communication orale, atelier 30

**Mme Verena EL FEHRI**, Karin ERB

EXPERIENCE NON-FUMEUR – CONCOURS POUR CLASSES SCOLAIRES

Introduction : En Suisse, un concours pour classes scolaires, pour lequel les classes s'engagent à rester sans fumer durant 7 mois au moins, a été lancé pour la première fois en 2000. Les élèves participants ont entre 11 et 16 ans. Buts: Les buts du concours sont de renforcer la conviction des jeunes de ne pas commencer à fumer et d'encourager des activités et des discussions autour du tabagisme dans les écoles. Méthode: Pour mesurer la satisfaction des instituteurs et des élèves quant à l'offre de la campagne, un sondage a été effectué au moyen d'un questionnaire standard. Résultats: Le taux de réponse aux questionnaires varie entre 49 et 56 pour cent selon les années. Environ 30'000 respectivement 40'000 élèves ont participé au concours pour les années scolaires 00 / 01 respectivement 01 / 02. Environ un tiers des classes ont dû interrompre leur participation. Environ 6'000 leçons ont été consacrées au thème „Fumer/Ne pas fumer". Si un élève sur deux a parlé du concours dans le cadre familial, cela signifie que quelque 20'000 ménages de Suisse auront abordé plus ou moins longuement le problème du tabagisme. Les instituteurs qui ont inscrit leur classe au concours ont été généralement satisfaits par l'offre. Conclusions : Le concours a permis d'atteindre environ 10% des jeunes du groupe cible. Il serait intéressant de connaître davantage l'opinion des instituteurs qui, bien qu'ayant eu connaissance du concours, n'ont pas essayé de convaincre leur classe à y participer. Il faudrait aussi étudier l'effet de la participation à un tel concours sur les attitudes et habitudes des jeunes à moyen et long terme. Financement: Office fédéral de la santé publique, caisse maladie « innova », chaîne TV .

Communication orale, atelier 17

**Mme Verena EL FEHRI**

JOURNEE SANS TABAC

Introduction : Depuis 1985, l'Association suisse pour la prévention du tabagisme organise chaque année la Journée sans tabac. Cette journée d'action suisse fait également partie de la campagne internationale de l'OMS qui, depuis 1992, déclare le 31 mai Journée mondiale sans tabac. La Journée sans tabac est la plus connue des campagnes nationales organisées régulièrement pour promouvoir une vie sans tabac. Cette campagne jouit d'une large notoriété parmi la population qui lui réserve un bon accueil. Buts: La Journée sans tabac a pour but d'apporter un soutien au mouvement qui naît actuellement dans la société en faveur d'une vie sans tabac, d'offrir une aide aux fumeurs désireux de renoncer au tabagisme et de dissuader les fumeurs potentiels de se mettre à fumer. Méthode: Chaque année le degré de notoriété et d'acceptation de la Journée sans tabac est évalué. Ainsi, environ 700 interviews sont réalisées en Suisse alémanique et en Suisse romande dans le cadre d'une enquête périodique effectuée par l'Institut d'Etudes de Consommateurs et d'Analyses Sociales Konso. Résultats: 80 pour cent des sondés disent en moyenne avoir entendu parler de la Journée sans tabac. Plus des deux tiers jugent une telle action utile. Bien que, par rapport à d'autres actions comparables, cette campagne dispose d'un budget très modeste, on a toujours réussi jusqu'ici à placer la journée d'action au cœur du débat naissant dans l'opinion publique. Outre l'impact des articles et reportages fort animés qu'elle suscite dans les médias, son succès s'explique aussi par le fait que la Journée sans tabac est le fruit d'un travail commun assumé - de manière exemplaire - par les protagonistes les plus divers qui en partagent la responsabilité. Financement: Office fédéral de la santé publique, cantons, Ligue contre le cancer, Ligue pulmonaire suisse, Pharmacia SA

Communication orale, atelier 50

**Mme Verena EL FEHRI**

CAMPAGNE NATIONALE POUR ARRETER DE FUMER

Introduction : Un tiers de la population adulte en Suisse fume. Le nombre de fumeurs parmi les adultes est resté stable ces dix dernières années. Le nombre de fumeurs a augmenté ces dernières années parmi les jeunes. En Suisse, 53 pour cent des fumeurs désirent arrêter de fumer. La majorité des fumeurs en est au stade des intentions et n'est pas encore déterminée. Buts: Depuis l'an 2001, la Ligue suisse contre le cancer, la Ligue pulmonaire suisse, l'Association suisse pour la prévention du tabagisme et l'Office fédéral de la santé publique mènent ensemble une action pour favoriser l'arrêt du tabagisme dans la population. Méthode: Des offres de formation sont élaborées et proposées à des médecins et des cabinets dentaires. Les médecins, dentistes et hygiénistes dentaires sont motivés à faire une brève intervention et à conseiller tous les fumeurs. Dans le cadre d'un projet pilote, des services de consultation sont mis sur pied dans un nombre limité d'hôpitaux. Des actions, comme le concours pour arrêter de fumer organisé pour la Journée mondiale sans tabac, permettent d'attirer l'attention du public sur le problème du sevrage tabagique. L'information et l'accessibilité des aides pour arrêter de fumer fondées sur des résultats scientifiques sont encouragées. Premiers résultats: Pour la première fois en Suisse, différents acteurs importants de la prévention du tabagisme mènent ensemble un tel projet sur plusieurs années. Le budget consacré à cette campagne est certes limité, mais jamais un tel montant n'a été mis à disposition sur plusieurs années. Par rapport à des activités menées ultérieurement, l'accent est mis davantage sur la mobilisation des professionnels de la santé autour du thème de l'arrêt du tabagisme. Financement: Office fédéral de la santé publique, Ligue suisse contre le cancer, Ligue pulmonaire suisse Pharmacia SA

Communication orale, atelier 42

**Mme Sibylle FLEITMANN**

EXPERIENCE DE LA GESTION D'UN RESEAU EUROPEEN DE COALITIOINS NATIONAUX

La Région européenne comporte 51 pays membres dont 15 pays forment l'Union européenne. Celle-ci compte 370 millions d'habitants communiquant entre eux en 10 langues différentes. Un élargissement de l'Union est prévu vers l'Europe Centrale en 2004, accueillant 13 pays supplémentaires et d'autant de langues. Le Réseau européen pour la Prévention du Tabagisme a été créé pour développer une approche coordonnée de lutte contre le tabagisme au niveau européen, un défi considérable dans ce contexte multiculturel. Le REPT a été structuré pour que toutes les organisations et experts aient l'opportunité de se joindre à l'effort coordonné. Ces objectifs prioritaires sont de promouvoir la mise sur pied de coalitions à travers toute l'Europe, de promouvoir l'échange d'informations entre ONG et organisations intergouvernementales, d'influencer la législation et d'initier et de gérer des projets européens de grande envergure . Différents mécanismes de coordination ont été mis en place. Ceux-ci ont permis d'influencer la législation européenne en faveur d'une interdiction de la publicité et du parrainage et la réglementation des produits du tabac. Des structures de coordination novatrices ont permis d'étendre la base de connaissances scientifiques d'un point de vue européen pour soutenir des politiques efficaces de lutte contre le tabagisme. La qualité des projets a permis d'augmenter de 60% les fonds alloués par l'Union Européenne aux projets de lutte contre le tabagisme 1999 et 2001. Si la coordination d'un réseau multi-national demeure une tâche ardue, et que le chemin vers une collaboration européenne est parsemé d'embûches, de préjudices culturels et de pensées de protection territoriales, il n'en reste pas moins que le travail en réseau a révélé la générosité et favorisé la créativité et la solidarité entre tous ceux qui se sont activement engagés dans la lutte contre le tabagisme.

Communication orale, atelier 15

**Mme Diane FOURNIER**, Elizabeth MEANEY

«LA SCIENCE, LE TABAC ET VOUS» DANS UN CONTEXTE CANADIEN

Par suite de demandes de renseignements sur le tabagisme provenant d'enseignants et d'élèves canadiens, Santé Canada a adapté, pour le public canadien, le programme «Science, Tobacco & You» de l'université de la Floride. Cette ressource d'information, mise au point par Training Solutions Interactive Inc., cible les élèves de la 4ième à la 6ième année, mais elle peut aussi convenir aux élèves plus agés. «La science, le tabac et vous» est une ressource scientifique qui intègre les principes des pratiques exemplaires de la prévention et de l'éducation en matière de tabagisme. Basé sur le CD-ROM américain qui a connu beaucoup de succès, la version canadienne comprend des statistiques canadiennes et tous les renseignements sont présentés en français et en anglais. Le CD-ROM traite des effets indésirables du tabagisme en enseignant aux jeunes trois systèmes de l'organisme (l'appareil circulatoire, l'appareil respiratoire et le système nerveux), leur fonctionnement et les effets du tabagisme sur chacun d'entre eux. la ressource interactive encourage les élèves à utiliser la science pour poser des questions et répondre à d'autres, et à faire appel à l'esprit critique lorsqu'ils font des choix à l'égard du tabagisme. Des études ont montré que la ressource et le programme aux États-Unis ont réussi à sensibiliser davantage les jeunes aux conséquences du tabagisme sur leur santé. De plus, le concept a été élaboré en consultation avec des éducateurs scientifiques, des scientifiques, des éducateurs du domaine de la santé, des médecins, des enseignants et des élèves. La version canadienne a été mise à l'essai chez des enfants francophones et anglophones, chez des parents et des enseignants canadiens. La diffusion nationale du programme permettra à Santé Canada d'évaluer le succès et la portée de l'adaptation. Cette ressource pourrait aussi intéresser les jeunes et les enseignants des pays francophones.

Communication orale, atelier 12

**M. Jean-François GABOURY** , Neil COLLISHAW

COMPARAISON DES STRATÉGIES CANADIENNES ET FRANÇAISES MISE DE L'AVANT PAR RJ REYNOLDS POUR CONTOURNER LES LOIS ANTITABAC

Objectifs : Au cours de la dernière décennie, des lois antitabac de plus en plus sévères furent votées un peu partout à travers le monde, dont en France et au Canada. Toute forme de publicité devenant interdite, il devint de plus en plus difficile pour les compagnies de tabac de communiquer avec ses clientèles cibles, ils durent donc trouver des moyens pour tenter de contourner ces lois. Cette recherche a pour but de comparer les stratégies mises de l'avant par RJ Reynolds en France et au Canada. Méthode : Des documents internes de RJR France saisis sous les ordres du juge d'instruction Mireille Filippini en France en 1995 furent analysés, de même que des documents de RJR-Macdonalds, rendus publics en 2002 lors d'un procès à Montréal mettant en cause la loi canadienne sur le tabac. Résultats : En France, les principales stratégies mises de l'avant par RJR pour contourner la loi sont la mise en place de programmes de licence de logo (distanciation légale des activités de licence de logo - montres, vêtements, chaussures - des activités de cigarettes et ouverture de points de ventes dans tout le pays), l'accroissement des activités sur le terrain (amélioration de l'efficacité et du professionnalisme de la force de vente, couverture accrue des points de vente, amélioration de la distribution, visibilité dominante des marques RJR dans les points de vente), la commandite d'événements spéciaux de même que la mise sur pied de programmes promotionnels. Au Canada, les principales stratégies de RJR sont la commandite d'événements spéciaux de même qu'une meilleure visibilité des marques RJR dans les points de vente. Conclusion : À plusieurs égards, les stratégies mises de l'avant en France et au Canada pour contourner les lois antitabac sont similaires et s'intègrent dans le plan global de marketing de RJR International.

Séance poster 6

**M. Jean-François GABOURY**

L'INDUSTRIE CANADIENNE DU TABAC ET LA DIFFUSION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES : CE QUE RÉVÈLENT LES DOCUMENTS CONFIDENTIELS DES FABRIQUANTS DE CIGARETTES DU CANADA

Objectifs : L'analyse des documents internes de l'industrie montre tant l'importance qu'ont les jeunes pour les compagnie canadiennes que les efforts qu'elles font pour les rejoindre. Comme les documents confidentiels se comptent par milliers et que des documents inédits deviennent disponibles continuellement, cette étude fait le point sur les conclusions qu'il faut tirer de ces révélations à la lumière des connaissances déjà acquises dans le domaine de l'histoire naturelle du tabagisme. Méthode : Des documents ramené de Guildford, Angleterre (dépôt des documents de British American Tobacco, compagnie mère de Imperial Tobacco, plus important cigarettier canadien) par l'organisme Médecins pour un Canada sans fumée ont été passé en revue. Une recherche a été effectuée au sein de deux importantes banques de documents provenant de Guildford à l'aide des mots-clés suivants : young, youth, advertising et sponsorship. Résultats : Les jeunes sont vitaux pour l'industrie canadienne du tabac, ils assurent sa survie en remplaçant les fumeurs qui cessent ou qui meurent. Un des principaux moyens pour attirer les jeunes est la commandite d'événements significatifs pour eux. On s'assure aussi que les paquets projettent une image jeune et que les étalages dans les points de vente soient bien en vue. De vastes études de marché sont menées auprès des jeunes d'où on tire des connaissances très raffinées sur leurs goûts, leurs intérêts, leurs opinions et leurs styles de vie. Conclusion : Bien que la stratégie de l'industrie soit de nier publiquement toute allégation faite en ce sens, l'industrie canadienne a besoin des jeunes pour assurer sa prospérité future. On a effectuée au cours des dernières décennies de vastes études auprès de milliers de jeunes Canadiens âgés de 15 à 24 ans. Les connaissances acquises lors de ces études ont permis la confection de produits et de publicités parfaitement adaptés aux valeurs et intérêts des jeunes Canadiens.

Communication orale, atelier 2

**Paul L. GENDREAU**, Julie DAUPHIN

L'INSOUTENABLE LÉGÈRETÉ DES CIGARETTES "LÉGÈRES"

Au Canada, 65 % des fumeurs et fumeuses consomment des cigarettes dites "légères" ou "douces" (Santé Canada, 2001). Malgré les efforts médiatiques de sensibilisation orchestrés par les organismes anti-tabac et même si des recherches on démontré que les cigarettes "légères" ne réduisent en rien le risque de contracter des maladies et cancers causés par la consommation de tabac, certains pensent toujours que ce type de cigarettes est moins nocif que les cigarettes "régulières". En 1998, le gouvernement de la Colombie-Britannique ordonnait aux compagnies de tabac canadiennes de divulguer la concentration de 44 produits toxiques des marques de cigarettes les plus vendues. Ces analyses, accessibles au public, permettent donc de comparer la composition chimique de la fumée des cigarettes "légères" avec celle des cigarettes régulières. Nous présentons ici les données de deux des marques les plus populaires au Canada, marques qui se vendent sous l'appellation "légères", "extra-légères" "ultra-légères", "légères veloutées" et "régulières". Les chiffres dévoilés par les compagnies de tabac révèlent que malgré une certaine réduction de la teneur en goudron, la fumée de ces différents types de cigarettes "légères" contient considérablement plus de benzène, de toluène, de chrome et de nickel que la fumée des cigarettes "régulières". D'autres produits toxiques tels le plomb, le mercure et le cyanure d'hydrogène se retrouvent également en plus grande concentration dans certaines variétés de cigarettes "légères". Ces données suggèrent qu'en fin de compte, les cigarettes "légères" sont peut-être encore plus dommageables pour la santé que les cigarettes "régulières". Devant l'insoutenable légèreté des cigarettes "légères" il faut continuer à sensibiliser le public sur la nocivité de ce produit de consommation.

Communication orale, atelier 23

**Dr André GERVAIS, Caroline BÉIQUE**, Jacynthe HOVINGTON, Huguette OHAYON GABBAY

« LE CENTRE D'ABANDON DU TABAC » DU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL : DESCRIPTION ET ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE COUNSELLING TABAGIQUE D'INTENSITÉ ÉLEVÉE

Le « Centre d'abandon du tabagisme » (CAT) a été créé en 1997 dans un centre de soins tertiaires pour favoriser la prise en charge de fumeurs, l'enseignement et la recherche. Deux médecins (omnipraticienne et pneumologue), une infirmière et une secrétaire reçoivent des fumeurs en consultation une demi-journée par semaine. Le suivi est assuré par des visites régulières et un support téléphonique pendant un an. Des frais de $90.00 par année sont requis et les consultations médicales sont couvertes par le gouvernement du Québec. Nous décrivons l'intervention, les participants et les résultats au cours des trois premières années. La consultation initiale comprend l'histoire médicale complète avec revue des antécédents médicaux, psychologiques, l'utilisation d'alcool, d'autres drogues et du tabac, les tests de Fagerstrom et sur les raisons de fumer. Le modèle transthéorique du changement est utilisé pour évaluer l'intention de cesser et pour ajuster l'intervention. Un guide d'aide est remis et un journal du fumeur est utilisé au besoin. La thérapie de remplacement de la nicotine et le bupropion sont recommandés selon le cas. Résultats : 228 fumeurs : 53% femmes 47% hommes, 48 ? 10,6 ans (moyenne ? écart type), 27 ? 11,3 cigarettes/jour depuis 31 ? 10 ans, Fagerstrom 6.3 ? 2,1. Antécédents : maladies cardiaques vasculaires ou pulmonaires 44%, problèmes psychologiques traités 36%, consommation excessive d'alcool 25%, utilisation de drogues illicites 18%. Intervention : nombre de visites 5,2 ? 4,4 d'appels 1,4 ? 1,6, suivi 36 ? 32 semaines, utilisation des médicaments de cessation 70%. 35% de tous les participants rapportaient ne pas fumer un an après l'inscription et 18% ont passé une année complète d'abstinence. Conclusion : Un programme permettant d'aider des fumeurs, dépendants à la nicotine et souffrant de plusieurs maladies, à cesser de fumer peut être intégré aux services d'un centre de soins tertiaires.

Communication orale, atelier 33

**Dr Benoit GIRARD**

LE PROGRAMME D'AIDE À L'ABANDON DU TABAC EN MILIEU DE TRAVAIL, ALCAN : CHOIX D'ALCAN, COÛTS ET RÉSULTATS

Le programme d'aide à l'abandon du tabac (PAAT) mis en place au cours des 5 dernières années constitue une force par son encadrement médical, son suivi à long terme et par sa gestion des rechutes. Ses services sont desservis par la clinique GRAP, spécialisée dans la cessation du tabac et leur programme Nicot basé sur les recommandations de l'AHCPR(1996), soit des interventions cliniques individuelles avec suivi intensif de trois mois et de long terme d'un an et, au besoin, utilisation de produits pharmacologiques. Le Complexe Jonquière compte 3150 employés Le taux de tabagisme au Complexe Jonquière est passé de 29,2% à 17,5%, soit une réduction de 369 fumeurs ou 40% du groupe fumeur. Pendant les quatre premières années du programme, le GRAP a évalué 1467 sujets dont 691 employés du Complexe Jonquière, 511 conjoints(es) et 265 enfants/jeunes adultes. Le taux de participation des employés fumeurs est estimé entre 68 - 75%. Le taux de réussite à un an est de l'ordre de 42,4% Parmi les sujets qui ont connu une rechute, 45,8% sont revenus au moins une fois au programme, de telle façon que le taux de réussite à quatre ans chez les employés est de l'ordre de 53,5%. Chez les conjoints et les enfants, cette réussite se situe à 44% et 42,6%. L'évaluation du programme global est fournie par les données d'une enquête de perception auprès des employés en mai 1996, des sondages locaux périodiques et des statistiques du programme Nicot sur les taux de cessation tabagique. Le programme PAAT se poursuit jusqu'en 2004 et nous espérons atteindre un très haut niveau d'abstinence sur les lieux de travail et un taux de tabagisme en deçà de 10%.

Séance poster 7

**M. Bruno GIRARD**

LE PROGRAMME D'AIDE A L'ABANDON DU TABAC : NICOT

Kiosque de présentation du programme Nicot, programme d'aide à l'abandon du tabac. Ce programme s'adresse principalement aux milieux de travail et il a été particulièrement implanté dans les usines Alcan. Le kiosque porte sur la description du programme, les modalités du suivi et les principaux résultats. Nous présenterons également les documents servants à la promotion, au suivi clinique et à l'évaluation du programme (base de données, cahier du participant, dépliants, rapports statistiques et bilan dépersonnalisé).

Communication orale, atelier 41

**Dr Benoît GIRARD**

L'ABSTINENCE SELECTIVE EN MILIEU DE TRAVAIL : UN PROJET PILOTE

Le projet a pour objectif d'offrir une méthode alternative à l'abandon définitif et complet pour les employés les plus résistants ou ceux qui ont connu des rechutes. L'approche vise à obtenir une abstinence sélective pendant les quarts de travail. Un timbre transdermique ou de la gomme à la nicotine sont utilisés pour éviter le sevrage physique pendant la période de travail. Le sujet doit respecter une période de latence d'une heure (aucune source de nicotine : tabac ou TRN) avant l'application du timbre ou après son enlèvement. On a suivi 32 sujets sur une période de 6 mois. Après ajustement de la dose de nicotine en fonction du niveau de consommation, aucun signe de surdosage de nicotine n'a été rapporté. Au contraire, le timbre de 21 mg s'est avéré insuffisant pour la majorité des fumeurs qui consommaient plus de 30 cigarettes/jour. Dans ces cas, le sevrage physique répété a favorisé leur rechute. Dix sujets résistants ont participé pour la première fois à ce programme d'aide puisqu'il semblait moins drastique, plus progressif et qu'ils pouvaient décider eux-mêmes du moment de l'arrêt complet. À la fin de la période de suivi, 14 sujets (43,7%) avaient abandonné totalement leur consommation après quelques semaines, 14 (43,7%) ont connu une rechute et 4 sujets seulement (12,6%) pratiquaient toujours une abstinence sélective avec l'aide d'un timbre transdermique. Cette approche d'abstinence sélective en milieu de travail démontre qu'elle favorise le recrutement de certains sujets qui connaissent des difficultés avec un abandon complet et elle permet le respect de la Loi sur le tabac en milieu de travail. Elle suggère aussi un bon niveau de sécurité des thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) avec cette méthode d'utilisation.

Communication orale, atelier 11

**Dr Véronique GODDING**, Christine BONNIER, Léon FIASSE, Annie ROBERT, Laurence GALANTI

L'EXPOSITION IN UTERO AU TABAGISME MATERNEL INDUIT-ELLE DES SYMPTOMES DE SEVRAGE NICOTINIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NE ?

La consommation maternelle de drogue pendant la grossesse expose le fœtus à un risque d'addiction et de syndrome de sevrage, bien démontré chez l'adulte. Nous avons étudié de manière prospective 17 nouveaux-nés de mère fumeuse et les avons comparé à 16 nouveaux-nés de mère non fumeuse non exposée à la fumée de tabac. Des examens neurologiques ont été réalisés de manière répétée au jour 1, 2 et 5 après la naissance. Le score de Finnegan a été suivi toutes les 3 heures pendant les 4 premiers jours de vie. Les nouveaux-nés de mère fumeuse par rapport à ceux de mère non fumeuse ont des taux plus élevés de cotinine dans le sang de cordon (0.114 ± 0.049 µg/ml vs 0.01 ± 0.01 µg/ml, p=0.0001) et dans les urines (644±414 µg/g creatinine vs 47.6±23.6 µg/g creatinine, p=0.0001). Les scores neurologiques sont plus bas chez les nouveaux-nés de mère fumeuse que chez ceux de mère non fumeuse au jour 1 (22.3±2.3 vs 26.5±1.1, p=0.0001), au jour 2 (22.4±3.3 vs 26.3±1.6, p=0.0002) et au jour 5 (24.3±2.1 vs 26.5±1.5, p=0.002). Ces scores s'améliorent de manière significative du jour 1 au jour 5 chez les nouveaux-nés de mère fumeuse (p=0.05) sans être modifiés chez les contrôles. Les scores de Finnegan sont plus élevés chez les nouveaux-nés de mère fumeuse que chez les contrôles au jour 1 (4.5±1.1 vs 3.2±1.4, p=0.05), au jour 2 (4.7±1.7 vs 3.1±1.1, p=0.002), au jour 4 (4.7±2.1 vs 2.9±1.4, p=0.007). Des corrélations significatives ont été établies entre les marqueurs biologiques d'imprégnation nicotinique, les scores neurologiques et de Finnegan. En conclusion, des symptômes de sevrage peuvent être mis en évidence chez les nouveaux-nés de mère fumeuse pendant la grossesse.

Communication orale, atelier 30

**Mme Carmelle GOLDBERG**, Catherine MAULE, Micah MILTON

COLLABORATION INTERNATIONALE POUR IDENTIFIER ET IMPLANTER LES MEILLEURES PRATIQUES: UNE ÉTUDE DE CAS EN CESSATION TABAGIQUE CHEZ LES JEUNES.

Le groupe de collaboration en cessation tabagique chez les jeunes financé par divers partenaires canadiens et américains cherchait à développer et opérationnaliser un système qui intègre des connaissances pratiques et scientifiques en cessation tabagique chez les jeunes. Prévenir et traiter l'usage du tabac et sa dépendance sont des activités complexes qui nécessitent une approche scientifique vigoureuse. En plus des connaissances scientifiques, améliorer la pratique exige une meilleure compréhension des facteurs contextuels impliqués. Un système qui intègre mieux les connaissances pratiques et scientifiques est donc nécessaire. Durant cette présentation, un modèle pour intégrer ces perspectives dans le but d'identifier et d'implanter les meilleures pratiques sera décrit. Son utilisation par un partenariat international de chercheurs, décideurs et omnipraticiens, tous expérimentés dans la planification et la transmission d'interventions de cessation tabagique chez les jeunes sera décrit avec le processus de révision systématique utilisé pour évaluer la qualité de la preuve existante. Ce groupe de collaboration a réexaminé soigneusement la preuve disponible (bien que limitée) concernant la cessation chez les jeunes, et a incorporé les théories, opinions d'experts et considérations quant à la faisabilité pour être en mesure de développer une série de recommandations concrètes pour la pratique et la recherche à faire. Le processus a établi une structure pour assurer un suivi de collaboration internationale ainsi que l'évaluation des pratiques courantes et des nouvelles connaissances dans le domaine de la cessation chez les jeunes. Le résultat de ces efforts réside dans le guide de cessation tabagique pour les jeunes qui fournit des conseils pratiques et des recommandations aux omnipraticiens dans le domaine.

Communication orale, atelier 34

**Mme Conchita GOMEZ**, Pierre MARQUIS

FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE AU TABAGISME PERGRAVIDIQUE

Le tabagisme pergravidique représente un problème de santé publique. La formation du personnel soignant de la maternité à l'utilisation de l'analyseur de monoxyde de carbone (CO)à l'utilisation du test de Fagerström a permis de mettre en place en mai 2001 l'étude suivante : L'étude réalisée à partir d'un paramètre objectif, la mesure du CO(sur 300 parturientes) montre que le pourcentage (41%) de parturientes qui fument pendant toute la grossesse est élevé et que la proportion de foetus (62%) soumis à un tabagisme actif et/ou passif est encore plus importante. L'analyse du taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré est un indicateur objectif facile et très fiable de la réalité et de la gravité du tabagisme : il représente un excellent reflet de l'hypoxie foetale. Il existe une forte relation entre le monoxyde de carbone maternel expiré (en ppm) et le taux de carboxyhémoglobine foetale au moment de l'accouchement. Notre étude montre que 23% des nouveau-nés ont un taux de carboxyhémoglobine (HbCO) inférieur à 1,5%, 25% ont un taux compris entre 1,5% et 1,9% ,36% ont un taux compris entre 2 et 3,9% et 16% ont un taux supérieur à 4%. Dans notre étude, l'impact sur le développement foetal est d'autant plus marqué que le taux de carboxuhémoglobine mesurée chez le foetus au moment de la délivrance est élevé. Ainsi le poids moyen des nouveau-nés est diminué de 800g par rapport au poids moyen quand le taux de carboxyhémoglobine mesuré à la naissance au cordon est supérieur ou égal à 6%

Séance poster 8

**Mme Conchita GOMEZ**, Pierre MARQUIS

CORRELATION ENTRE LE MONOXYDE DE CARBONE MATERNEL EXPIRE ET LA CARBOXYHEMOGLOBINE FOETALE AU CORDON AU MOMENT DE LA NAISSANCE

Le tabagisme pergravidique représente un problème de santé publique. L'étude réalisée par l'équipe de la maternité d'Arras sur 300 parturientes en salle de naissance. Cette étude est réalisée à partir d'un paramètre objectif le monoxyde de carbone avec l'utilisation par l'équipe de l'analyseur de monoxyde de carbone. L'analyse du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré est un indicateur objectif et facile et très fiable de la réalité et de la gravité du degré d'intoxication au CO. Sur les 300 parturientes 41% continuent de fumer pendant toute la grossesse et la proportion de foetus soumis à un tabagisme actif et/ou passif est encore plus important soit 62% avec des taux de carboxyhémoglobine élevé. Ainsi le poids moyen des nouveau-né est d'autant plus diminué (moins de 800 g par rapport au poids moyen d'un nouveau-né de mère non fumeuse)que le taux de HbCO au cordon est élevé (HbCO > à 6%).La mesure du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré corrélée à la mesure de la HbCO représente un excellent reflet de l'hypoxie foetale. La formation de l'équipe a été simple, peu couteuse et nécessite peu de temps en tant que charge de travail pour l'équipe.

Communication orale, atelier 26

**Dr Mauricio GOMEZ ZAMUDIO**, Louise LABRIE, Lise RENAUD

ÉVALUATION DU CONCOURS POUR LA CESSATION TABAGIQUE : LE DÉFI J'ARRÊTE J'Y GAGNE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

La province de Québec a mis en place pour la troisième fois le concours « Le Défi j'arrête, j'y gagne ! ». La promotion du concours par les médias de masse visait à inciter les fumeurs à cesser de fumer le 1er mars 2002 pendant au moins six semaines. Pour être éligibles, les participants devaient être fumeurs et avoir le soutien d'un parrain ou d'une marraine. Plusieurs prix ont été remis aux participants gagnants lors d'une cérémonie de clôture largement diffusée. L'évaluation du processus veut cerner les facteurs facilitant et ou les barrières à la mise en place de l'événement ainsi que le taux de participation. Le nombre de participants au concours a été de 38 200 soit 2.6% de tous les fumeurs québécois âgés de plus de 15 ans, parmi lesquels 58% étaient des femmes et 42% des hommes. Le concours a mieux réussi à rejoindre les femmes. La participation des jeunes était représentative du nombre de jeunes fumeurs au Québec, 21 % des participants au concours avaient moins de 25 ans et les jeunes représentent 20% de tous les fumeurs au Québec. La participation par rapport à celle des années précédentes est plus élevée. La vaste couverture médiatique ainsi que le partenariat avec des organismes à caractère public et privé et l'implication des acteurs locaux sont des facteurs ayant définitivement contribué à la forte participation de la population fumeuse québécoise. L'utilisation de méthodes novatrices pour le recrutement de participants a probablement contribué à l'augmentation d'inscriptions. 60% des inscriptions ont été réalisées par Internet.

Communication orale, atelier 35

**Mme Chantal GOSSELIN**, John KAYSER

3 MINUTES POUR LA CESSATION DU TABAGISME : L'EXPÉRIENCE DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE RÉADAPTATION RESPIRATOIRE

Le Réseau québécois de réadaptation respiratoire propose une formation de 90 minutes aux professionnels de la santé en cessation du tabagisme lors de ses colloques bisannuels. Le but de cette formation est d'habiliter les professionnels de la santé à intervenir de façon systématique auprès des clientèles atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques et de leur entourage. Les interventions proposées sont brèves, soit moins de 3 minutes. La formation comporte à la fois de l'information sur la cessation du tabagisme et des jeux de rôle. Cette formation élaborée en juin 1999 a été offerte à 14 groupes différents jusqu'à ce jour. Cette répétition a permis aux formateurs de modifier le contenu de l'atelier de façon à augmenter son impact sur les participants. Il est apparu que le fait de présenter le tabagisme comme une toxicomanie, d'insister sur le fait que la rechute fait parti du processus et de démontrer les applications dans la pratique du modèle de Prochaska augmente l'efficacité de la formation. En effet, les jeux de rôle à la toute fin de la formation permettent non seulement aux participants de mettre en pratique les concepts présentés, mais aussi aux formateurs de vérifier que ces concepts ont bien été intégrés. Or, lorsque les formateurs insistent sur ces éléments, les participants aux jeux de rôle démontrent plus d'empathie face aux difficultés du patient et font davantage les interventions appropriées en fonction du stade de changement de Prochaska. D'un autre côté, les informations sur la collecte de données et les effets du tabagisme sur la santé s'avèrent moins pertinents pour modifier l'attitude des participants face aux patients fumeurs. En résumé, il apparaît que le fait travailler à modifier l'attitude des professionnels de la santé quant au tabagisme et au processus de cessation a un impact important sur leurs habiletés à intervenir.

Communication orale, atelier 14

**Dr Isabelle GRÉMY**, Sandrine HALFEN, Annie SASCO, Karen SLAMA

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PERCEPTIONS A L'EGARD DU TABAC EN ILE DE FRANCE

Les fumeurs nous le disent et certains promoteurs de la santé nous le disent aussi: ça suffit de parler des conséquences sur la santé de l'usage du tabac; tout le monde sait que c'est dangereux. Une enquête en Ile de France auprès de 2533 personnes entre 18 et 75 ans démontre cependant la facilité avec laquelle les gens trouvent des moyens pour ne pas reconnaître la dangerosité du tabac. Si l'enquête a effectivement trouvé que, quel que soit leur statut tabagique, les personnes se jugent suffisamment informées des conséquences sur la santé de la consommation de tabac, elle a aussi démontré que la nature et l'intensité des conséquences sont mal connues, et que certaines conséquences ne sont pas connues du tout. Par ailleurs, les Franciliens ne sont pas persuadés d'un risque accru dû à l'exposition à la fumée des autres. Les risques liés à la consommation du tabac, fortement sous-estimés par tous, le sont encore davantage par les fumeurs. Près de quatre fumeurs quotidiens sur cinq, et plus de neuf fumeurs non quotidiens sur dix, jugent qu'ils sont individuellement moins à risque "que les autres fumeurs" en raison de facteurs particuliers qui les protègent ou les exemptent partiellement des risques. Les bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac sont peu perçus. Les jeunes fumeurs de 18 à 24 ans minimisent davantage que les fumeurs plus âgés les risques et sous-estiment la dépendance que peut occasionner la consommation du tabac. Il nous faut trouver comment changer ces perceptions, car les résultats de cette enquête démontrent aussi que les intentions d'arrêt sont d'autant plus fortes que la perception des risques individuels est grande, et (d'autant plus fortes) qu'ils perçoivent des bénéfices pour la santé à l'arrêt.

Communication orale, atelier 7

**M. Gérard GUEDEGBE**

LES JEUNES ET LE TABAGISME AU BENIN

Au Bénin,la consommation du tabac prend des proportions inquiétantes chez les jeunes; tant les actions entreprises par l'industrie du tabac pour rendre ces derniers esclaves du produit sont impressionnantes. Manifestations sportives, activités culturelles sont prises d'assaut par les maisons de cigarettes présentes au Bénin. Elles injectent de faramineuses sommes dans les activités qui attirent le plus les jeunes, organisant des jeux- concours, sponsorisant de grands concerts, soirées dansantes etc. Ce faisant ils conquièrent le plus grand nombre de jeunes fumeurs profitant ainsi de la pauvreté actuelle .Aussi monopolisent elles la plupart des médias pour inonder les populations de publicité tapageuse surtout diffusée lors des émissions les plus appréciées des jeunes. Ainsi, 42 à 55% de jeunes béninois, selon un sondage, commencent à fumer déjà avant 14 ans et la majorité connaît très tôt des malaises liées à la consommation. Dans une telle situation aucune législation rigide n'inquiète ces commerçants de tabac. Seulement un Comité National de Lutte Anti-Tabac et quelques ONG se lancent dans des campagnes et actions disparates et irrégulières sans résultats palpables. L'éducation des jeunes dès le bas âge sur les risques de santé de la consommation du tabac, une législation rigide, des campagnes anti-tabac etc. sont quelques actions qui peuvent sauver la jeunesse des griffes du tabagisme. Adapté d'un dossier réalisé par Gérard GUEDEGBE en Avril-Mai 2002

Communication orale, atelier 1A

**Pr Mokhtar HAMDU CHERIF**

ETAT DES LIEUX DE L'ENREGISTREMENT DU CANCER EN AFRIQUE ET CANCERS LIES AU TABAGISME.

L'enregistrement du cancer en Afrique a connu un développement appréciable au cours de ces dernières années, malgré les problèmes socio-économiques et géographiques du continent, mais le nombre de registres reste insuffisant. Aussi la qualité des données qui est souvent liée à un système d'information inefficient rend difficile la publication des résultats de certains registres. On compte actuellement une trentaine de registres population en Afrique. Devant l'immensité de ce continent, on peut dire que beaucoup de régions demeurent désertiques en matière d'enregistrement du cancer ; aujourd'hui où les registres du cancer deviennent des instruments indispensables aussi bien dans la lutte contre cette maladie que dans la recherche scientifique. Les cancers broncho-pulmonaires sont très fréquents chez l'homme en Afrique du Nord et en Afrique du Sud. Ils sont 5 à 10 fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme. En 1992 le cancer du poumon occupe la 3ème place en Afrique du Sud avec un taux de 14.6/100 000 habitants .En Algérie, le cancer du poumon occupe la première place, il représente 22 % des cancers chez l'homme avec un taux standardisé de 28.1/100 000 habitants. Chez la femme le taux standardisé n'est que 2.9/100 000 habitants (fig.13).Ces taux sont six fois plus importants que ceux de la décennie 1966 –1975.Cette recrudescence de l'incidence des cancers broncho-pulmonaires est probablement liée d'une part à l'augmentation de la consommation tabagique et d'autre part à la qualité du tabac. Les cancers de la bouche et du pharynx occupent la 3ème place dans les pays en développement avec 400 000 nouveaux cas chaque année. Les cancers de la bouche et du pharynx en Afrique sont aussi fréquents qu'en Asie du Sud ,surtout en Afrique centrale et en Afrique du Sud ; où les taux d'incidence standardisés pour la période 1990-1992 ,chez la population européenne sont de 10,2 /100 000 habitants chez la femme et de 6,3/100 000 habitants chez l'homme .Les organes les plus touchés sont la langue et l'oropharynx . Les cancers du larynx sont fréquents en Afrique à Sétif avec des taux standardisés de 6,5 pour 100 000 habitants chez l'homme. L'incidence du cancer de l'œsophage varie considérablement selon la géographie. Les taux les plus élevés sont retrouvés en Asie centrale, en Amérique du Sud.

En Afrique des taux d'incidence du cancer de l'œsophage sont élevés dans le Sud Est de l'Afrique. Le cancer de l'œsophage occupe la 2ème place dans la population africaine de Harare avec un taux de 30.4/100 00 habitants chez l'homme, et 8/100 000 habitants chez la femme. il occupe la troisième place chez l'homme en Guinée ,avec un taux standardisé de 18,2/100 000 habitants. Il occupe également la 3ème place des cancers en Malawi avec un taux de 14/100 000 habitants chez l'homme, et 11,4 chez la femme. Le cancer de l'estomac est également fréquent dans le continent Africain surtout en Afrique orientale et centrale, en Afrique du nord, en Afrique du Sud et à la Réunion. En Algérie le cancer de l'estomac occupe la deuxième place chez l'homme après le poumon avec un taux d'incidence de 14.4/100 000 habitants. A Bamako il occupe également la 2ème place chez l'homme avec un taux de 19.6/100 000 habitants. Dans la population Africaine de Harare ; le sex ratio est inversé; il occupe la 3éme place chez la femme avec un taux standardisé de 18,4/100 000 hab., et la 6 éme place chez l'homme, avec un taux 13.8/100 000 habitants.9 % des cancers chez l'homme au Rwanda. Les cancers du col de l'utérus sont les cancers les plus fréquents chez la femme en Afrique. 15 à 20 % des cancers féminins. La majorité des cas sont invasifs. Au Zimbabwé le taux d'incidence standardisé pour 100 000 habitants chez la population africaine est de 67.2 ; 40.8 à Kyadonto (Ouganda) ; 46 à Conakry (Guinée), 29.6 en Malawie, 24.7 à la Réunion et 23.5 à Bamako ; 13.9 à Sétif (Algérie) ; 26 % de l'ensemble des cancer au Gabon et. 22.5 % des cancers féminins au Rwanda. Le cancer de la vessie occupe une place de plus en plus importante en Afrique. Le tabac est responsable du quart des cancers de la vessie. Il occupe la première place des cancers chez l'homme en Egypte (27 % des cancers chez l'homme).Il est fréquent dans les régions sub saharienne : 10.6/100 000 habitants au Mali 13.2/100 000 et 27,4/100 000 habitants, respectivement chez les populations africaines et européennes de Harare. L'information fournie par les registres africains constituent une source partiellement riche et utile pour l'évaluation des besoin à visé diagnostique, thérapeutique et des actions de prévention. Aucune politique de santé en Afrique ne pourrait se passer de telles données.

Communication orale, atelier 20

**Pr Mokhtar HAMDI CHERIF**, Anne STOEBNER, Phillipe VINARD, Farida MOUSSAOUI, Helene SANCHO GARNIER

TABAGISME EN ALGERIE : ETAT DES LIEUX ET POLITIQUE DE SEVRAGE

En Algérie, on assiste à une véritable transition épidémiologique. Avec le poids des maladies infectieuses qui demeure encore élevé, les maladies chroniques et non transmissibles prennent une place grandissante. Le cancer constitue actuellement un des problèmes majeurs de santé publique en Algérie. Le tabac est une menace pour la santé dans notre pays, avec des répercussions socio-économiques importantes dans les prochaines années. L'Algérie produit 4 000 hectares de tabac. en moyenne 0.4% de la production mondiale. 23 Milliards de cigarettes avec une moyenne de 1600 cigarettes / Habitant /an. La production de tabac à priser-macher est d'environ 3 000 tonnes. Les importations frauduleuses de cigarettes se développent, l'Algérie tend à devenir une plaque tournante de la contrebande, vers l'Afrique, l'Europe et le Moyen Orient. Le manque à gagner serait évalué localement à 600 logements par an. La consommation de tabac a triplé au cours de ces dernières décennies, passant de 7,7% en 1978 à 20,6% en 1998. Les taux de nicotine dépassent largement les 0,8 mg et 15 mg pour les goudrons, et la teneur en goudron et en nicotine des cigarettes vendues en Algérie est nettement plus élevée que celles vendues sous le même nom à l'étranger. Les Lois de 1985, et 1995 interdisant l'usage de tabac dans les structures sanitaires, et les endroits publics n'ont pas été appliquées sur le terrain. La Rencontre des ministres africains de la santé à Alger en 2001, et la signature de la Convention cadre ont été suivies par un Décret en septembre 2001, et l'Instruction Ministérielle en mars 2002, interdisant l'usage tu tabac dans les lieux publics, le sponsoring et l'encouragement des campagnes d'information auprès des jeunes .La Loi de Finances 2002 a majoré la taxe sur le tabac, mais pour chaque dinar récupéré par le Trésor sous forme de taxe sur le tabac, l'Etat débourse 3 DA pour traiter les pathologies causées par les cigarettes. Le parrainage et la publicité indirecte se développent sous toutes ses formes. La mortalité liée au tabac en 1997 est estimée à 15 000 décès par an, soit environ 7 000 par infarctus du myocarde, 4 000 par cancer de la trachée, 2 000 par insuffisance respiratoire. L`augmentation de l`incidence des cancers pulmonaires au cours de ces dernières années suit la recrudescence du tabagisme. Selon le Registre du Cancer de Setif ;les cancers du poumon occupent la première place des cancers chez l'homme avec un taux d'incidence standardisé de 25,8/100 000 habitants chez le sexe masculin Les taux chez l'homme sont quatre fois plus importants que ceux de la décennie 1966 - 1975 . Le taux de prévalence du tabagisme est de 43,81% chez l'homme. Les campagnes de sensibilisation ont drainé une partie de la population vers la demande d'aide et de sevrage tabagique .En réponse à ce problème de santé publique en matière de tabagisme, l'Université de Sétif, en collaboration avec Epidaure-CRLC – Montpellier (France) et la Ligue française contre le Cancer ont mis en place une formation sur l'aide à l'arrêt du tabagisme. Cette formation fut une grande première en Algérie, et a mis en place un projet d'aide à l'arrêt dans les consultations générales et les consultations de référence, et un projet d'action de sensibilisation pour encourager les gens a recourir aux consultations.



Communication orale, atelier 49

**Mme Catherine HILL**

LE CONTROLE DU PRIX DU TABAC EN FRANCE

Nous décrivons le système français de taxation du tabac et proposons une stratégie d'augmentation des taxes dans un objectif de Santé Publique. Le système de taxation actuel des cigarettes comprend une taxe proportionnelle au prix public et une taxe fixe appelée aussi taxe spécifique. Le calcul de la taxe fixe dépend du prix des cigarettes dans la catégorie de prix la plus demandée. Ceci conduit aujourd'hui à taxer davantage les cigarettes les moins chères, fabriquées en France avec du tabac brun, les cigarettes blondes, en majorité importées, étant moins taxées. Le système a aidé le fabricant français, quand les cigarettes de fabrication française étaient les plus vendues, il a ensuite favorisé Malboro quand ses cigarettes, plus chères, sont devenues les plus vendues. Les produits du tabac autres que les cigarettes sont nettement moins taxés. Nous proposons un système de taxation des cigarettes pour les trois prochaines années incluant une augmentation progressive et importante de la taxe fixe et garantissant une augmentation annuelle des prix d'environ 20%. Nous proposons par ailleurs d'accroître davantage la taxation des autres produits du tabac afin de limiter les transferts de consommation. Ceci devrait contribuer à réduire nettement la consommation de tabac en France. Conclusion : La compréhension de la taxation du tabac est essentielle si l'on veut utiliser l'accroissement du prix comme mesure de Santé Publique. Quand un système devient trop compliqué, on risque des dysfonctionnements majeurs. Ceci est illustré par la condamnation de la France par la cour Européenne de justice pour discrimination contre les cigarettes blondes. Il est exact qu'il existe une taxe minimum qui est plus petite pour les cigarettes brunes que pour les blondes, mais en réalité, les cigarettes brunes, moins vendues et moins chères, sont plus taxées que les cigarettes blondes, plus vendues et plus chères.

Communication orale, atelier 47

**Pr Albert HIRSCH**, Maurice TUBIANA

LA LUTTE CONTRE LE TABAC EN FRANCE, QUELLES PERSPECTIVES ?

Après une période de diminution des ventes (-11% de 1992 à 1997), la consommation est étale. La prévalence diminue régulièrement depuis 1977, année des premières campagnes. Elle reste très élevée chez les adolescents, les jeunes adultes et les femmes enceintes. La promotion a massivement remplacé la publicité. Le prix de vente n'augmente plus au delà de l'inflation et la structure des taxes favorise les cigarettes bon marché. On fume moins dans les transports et dans certaines entreprises. Il n'en est pas de même à l'école ni dans les hôpitaux. L'accès hors prescription des substituts nicotiniques, les efforts de formation des professionnels, la création de consultation de sevrage et le dispositif de ligne téléphonique restent insuffisants en regard de l'importance de la demande. Le concept de la dénormalisation de l'industrie et de l'usage du tabac a des difficultés à pénétrer l'opinion dans un pays où fumer en public reste acceptable. L'accueil favorable des campagnes de l'INPES sur la manipulation et la vérité sur le produit incite à un renouveau. Plus que l'adoption de nouvelles réglementation, il convient de faire appliquer sans concession les lois qui existent depuis les votes de la loi Veil (juillet 1976) et Evin (janvier 1991).

Séance poster 9

**Mme Francine HUBERT**, Bernard HENEMAN, Marie JACQUES, Johanne LAGÜE

LA PROTECTION ACCORDEE AUX NON-FUMEURS : UN INDICATEUR DE L'EVOLUTION DE LA NORME SOCIALE ?

En 1987, le Québec adoptait sa Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics. En 1988, les électeurs californiens se prononçaient en faveur du Tobacco Tax and Health Promotion Act, conduisant à la mise sur pied du Programme californien du contrôle du tabac orienté vers le changement de la norme sociale. Dix ans plus tard, 66% des Californiens interdisent l'usage du tabac à la maison alors qu'au Québec, en 2002, cette interdiction était en vigueurdans 36% des foyers. Notre démarche propose l'analyse des lois qui réglementent l'usage du tabac au Québec et en Californie, une révision des stratégies mises en place pour assurer la promotion des droits des non-fumeurs et une réflexion sur l'évolution de la norme sociale entourant la protection des non-fumeurs dans ces deux états.

Communication orale, atelier 38

**Dr Jean-Paul HUMAIR**, Jacques CORNUZ

FORMATION DES MEDECINS A LA DESACCOUTUMANCE AU TABAC EN SUISSE: APPRENTISSAGE ACTIF ET APPLICATION DE LA THEORIE COMPORTEMENTALE

Introduction: Les médecins peuvent promouvoir efficacement l'arrêt du tabac. Cependant ils exploitent insuffisamment les opportunités d'intervenir auprès de leurs patients fumeurs car les compétences à conseiller l'arrêt du tabac leur manquent. En Suisse, nous avons développé un programme de formation post-graduée et continue pour améliorer les interventions médicales et le taux d'arrêt des fumeurs. Nous décrivons ici ce programme basé sur l'apprentissage actif et l'application du "modèle trans-théorique du changement". Description: Les participants ont pour objectifs d'apprendre à évaluer le stade de changement des fumeurs, à les conseiller avec des stratégies adaptées à leur stade et à prescrire adéquatement un traitement pharmacologique. La première demi-journée comprend en alternance: observation de séquences vidéo; atelier interactif présentant les bases théoriques et structurant les interventions; jeux de rôle entre participants. La seconde demi-journée est consacrée à la pratique avec des patients standardisés interprétant des rôles de fumeurs ayant différents profils. Divers documents permettent de compléter la formation du médecin, informer les patients et faciliter l'intervention en pratique clinique. Evaluation: Les participants de la phase pilote ont atteint les objectifs d'apprentissage (scores moyens >3.5/4) et apprécié le contenu et l'apprentissage actif du programme (scores moyens >4/5). Un essai clinique randomisé mené dans 2 centres ambulatoires de formation post-graduée a démontré l'efficacité de ce programme. Les médecins formés ont offert des meilleures interventions utilisant plus de stratégies (4 vs 2.7, p=0.001). L'arrêt du tabac à un an a plus que doublé chez les patients fumeurs des médecins formés (13% vs 4%, p=0.005), même en ajustant pour "l'effet de grappes" (odds ratio ajusté= 2.8 [IC 95%: 1.4-5.5]) Conclusion: Un programme de formation des médecins à la désaccoutumance au tabac basé sur l'apprentissage actif et le "modèle trans-théorique du changement" est efficace pour améliorer la qualité des interventions médicales et l'abstinence des patients fumeurs.




Communication orale, atelier 21

**Dr Jean-Paul HUMAIR**

CONSULTATION INDIVIDUELLE DE DESACCOUTUMANCE AU TABAC EN SUISSE: POUR QUELS FUMEURS? AVEC QUELLES STRATEGIES?

Introduction: Les consultations individuelles de désaccoutumance au tabac aident efficacement les fumeurs à arrêter grâce aux conseils intensifs et au traitement pharmacologique. Cette étude vise à décrire le profil des fumeurs et les stratégies utilisées dans une récente consultation individuelle en Suisse. Méthodes: Dans une policlinique universitaire, 3 médecins offrent à temps partiel des consultations d'arrêt du tabac à des fumeurs référés ou venant spontanément. Nous avons collecté par une revue des dossiers médicaux les caractéristiques des patients et les stratégies d'intervention utilisées. Résultats: L'âge moyen est de 43.8 ans et 70% ont moins de 50 ans. Seulement 29% ont une maladie due au tabac, notamment pulmonaire (16%), cardio-vasculaire (12%) ou oncologique (6%). 15% ont une hyperlipidémie et 9% une hypertension. 93% fument plus de 15 cigarettes/jour et 65% une demi-heure après le réveil. 73% sont prêts à cesser de fumer avant 30 jours, 9% viennent d'arrêter et 81% ont déjà essayé. On a planifié la date d'arrêt avec 84% des patients et 97% des fumeurs qui y sont prêts. 84% des fumeurs et 94% des plus motivés ont reçu un traitement pharmacologique, indépendamment de leur degré de dépendance. 73% ont reçu une substitution nicotinique unique (43%) ou combinée (30%), préférentiellement le patch (57%) et la gomme (31%); 28% ont pris du bupropion. Ces fumeurs sont venus en moyenne à 2.8 consultations mais seulement 28% sont venus au moins 4 fois. A l'ultime visite, 33% étaient abstinents, 26% fumaient toujours mais 41% avaient interrompu leur traitement. Conclusion: Une consultation individuelle de désaccoutumance au tabac s'adresse à des fumeurs jeunes, en bonne santé, très dépendants de la nicotine mais très motivés à l'arrêt. On leur a presque toujours proposé un plan d'arrêt et un traitement pharmacologique. Beaucoup ont eu un nombre de consultations insuffisant ou ont interrompu le traitement.

Communication orale, atelier 15

**M. M'Faddel IRAQI**

TABAGISME ESTUDIANTIN AU MAROC

Résumé non disponible

Communication orale, atelier 4

**M. Alphonse ISSI**

L'AVENIR DE LA CULTURE DU TABAC AU CAMEROUN

La société française seita avait développé dans les années 30 la culture du tabac dans la partie est du Cameroun pour l'exportation. Aujourd'hui, sentant la lutte qui se resserre autour su tabac dans le monde, cette société dans laquelle il y avait les intérêts publics a fait faillite il y a une dizaine d'années. Les paysans qui étaient encadrés par cette structure ont été abandonnés à eux mêmes. Ne pouvant rien faire d'autres pour avoir été initiés à la culture du tabac, les rares nostalgiques ont continué cette activité des centres des défuntes sociétés pour produire le tabac afin de trouver quelques importateurs. Las d'attendre de vendre leurs productions, les agriculteurs ne savent plus à quel se vouer. Nous voulons démontrer par cette communication qu'aujourd'hui au Cameroun, la culture de tabac est une voie sans issue et sans lendemain et que cette activité comporte aussi des risques pour les paysans que pour ceux qui fument le tabac à cause de plusieurs maladies qu'ils attrapent dans cette activité agricole pas comme les autres. Pour conclure, nous voulons démontrer que la culture de tabac dans les pays pauvres est à proscrire et à décourager comme fumer ou consommer le tabac.

Communication orale, atelier 46

**Mme Marie JACQUES**, Francine HUBERT, Johanne LAGÜE

DE L'UTILISATION DU TERME «DENORMALISATION » A L'INTEGRATION DE L'APPROCHE A LA PRATIQUE DE SANTE PUBLIQUE AU QUEBEC - REFLEXION

L'Institut national de santé publique du Québec s'est engagé dans une réflexion entourant les stratégies d'intervention axées sur la dénormalisation. Cette préoccupation coïncide avec l'utilisation récente du terme « dénormalisation » dans les documents d'orientation et les plans d'action québécois et canadiens. Nous présentons, à partir de repères étymologiques et historiques, les divers sens qui sont attribués au terme dénormalisation. Par la suite, nous mettons en perspectives la dénormalisation dans une stratégie de lutte au tabac. À partir du cadre de référence du Surgeon General sur les relations entre les interventions qui contribuent à réduire la mortalité et la morbidité relié au tabagisme et à protéger la santé et les droits des non-fumeurs, nous dégageons les stratégies d'interventions qui contribuent à dénormaliser. Nous proposons enfin une illustration de l'expérience de dénormalisation développée en Californie. Des pistes de réflexions seront soumises sur l'intégration possible de l'approche de la dénormalisation à la pratique de la santé publique au Québec.

Communication orale, atelier 28

**Mme Berengere JANSSEN**, Caroline RASSON, Pierre BARTSCH

CONCOURS JUST BE SMOKE-FREE : UNE PORTE D'ENTREE POUR LA PREVENTION DU TABAC A L'ECOLE

Depuis une dizaine d'années, de nombreux pays européens organisent dans leurs écoles une action appelée « Concours Classes non-fumeur », dont le principe est de proposer à des jeunes âgés de 12 à 15 ans, de s'engager à rester non-fumeurs pendant une période minimale de 6 mois. Vu l'enthousiasme rencontré par cette action chez ses partenaires, la FARES a décidé d'organiser ce concours en Communauté française de Belgique durant l'année académique 2001-2002. Au niveau européen, les objectifs étaient de soutenir les jeunes qui ont décidé ensemble de ne pas fumer, retarder les premières expériences avec le tabac et prévenir ainsi un tabagisme régulier. Le programme proposé par la FARES ne s'est cependant pas limité à relever le défi de la classe non-fumeur : il incitait à une réflexion sur les comportements qui amènent les adolescents à consommer. Ainsi, tous les jeunes inscrits au concours, fumeurs et non-fumeurs, ont pu débattre ensemble sur leurs représentations de la santé, sur les consommations dites à risque et sur la notion d'indépendance. Ils ont également été amenés à produire ensemble, au sein de leur classe, un projet de prévention. La participation active des jeunes était donc le maître-mot. Le concours était pour nous une porte d'entrée pour développer de la promotion de la santé à l'école et viser des modifications à plus long terme. Ainsi, suite à l'annonce et à la promotion du concours, 177 classes se sont engagées dans la compétition et plus de la moitié ont maintenu leur participation jusqu'au terme des six mois. Un jury a décerné des prix aux 5 meilleurs projets sur base de critères propres à une démarche promotrice de santé (participation, utilisation des ressources, cohérence interne, qualité de la démarche pédagogique, visibilité, inscription de l'action dans la durée). Nous rapportons le contenu de la campagne, les outils de promotion, les différentes stratégies utilisées et nous dressons un premier bilan de l'action afin d'émettre des pistes d'action adaptées à la réalité de terrain.

Communication orale, atelier 24

**M. Benoît JARRY** , Marlène DALLAIRE, Françoise LAVOIE

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE FEDERALE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU QUEBEC

La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme du gouvernement canadien, annoncée en avril 2001, relève de Santé Canada (le ministère canadien de la Santé) et se base sur l'expérience acquise au cours des dernières décennies. Dans les provinces et territoires, la mise en oeuvre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme est assurée par six bureaux régionaux dont un situé au Québec. Le Bureau du Québec compte sur l'expertise d'une équipe diversifiée répartie en deux unités, correspondant à ses deux axes principaux d'intervention qui se renforcent et se complètent mutuellement: l'unité conformité et l'unité promotion-prévention. L'unité conformité a comme rôle principal de surveiller l'application de la Loi sur le tabac. Cette loi interdit, notamment, la vente de produits du tabac aux personnes âgées de moins de dix-huit ans, réglemente l'étiquetage des produits du tabac et restreint la publicité. Des inspecteurs et inspectrices agissent sur tout le territoire québécois auprès des détaillants et des fabricants de produits du tabac. Pour sa part, l'unité promotion-prévention s'implique dans le développement d'activités de prévention du tabagisme, d'aide à la cessation de l'usage du tabac et d'éducation. Son rôle est notamment d'encourager et de soutenir des initiatives communautaires, par le biais de contributions financières aux projets des organismes communautaires du Québec. Chacune des unités, conformité et promotion-prévention, a un rôle et des moyens d'intervention qui lui sont propres. Cependant, des projets spéciaux réunissent le personnel des deux unités de manière à renforcer l'intégration des différentes approches. Un comité de travail sur la prévention a ainsi été créé. Son plan d'action pour 2002-2003 est diversifié, ciblant autant la prévention (par exemple à travers l'organisation d'une activité dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac) que l'éducation (par exemple à travers la révision de la trousse d'information destinée aux détaillants). D'autre part, un programme de formation a été entrepris dans le but de mieux outiller le personnel, dont l'équipe des inspecteurs, face à un contexte d'intervention en constante évolution. Ce programme comprend, entre autres, un atelier sur la gestion et l'évaluation de projets-pilotes et un séminaire sur les relations avec les médias. À court terme, les défis à relever sont nombreux afin d'atteindre les objectifs de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. Les données d'enquêtes sur la réduction du tabagisme dans la population québécoise montrent que les efforts des différents acteurs impliqués dans la lutte au tabagisme donnent des résultats. Il importe toutefois de poursuivre le travail, tant en matière de contrôle du tabac que de prévention du tabagisme, et de savoir adapter les interventions en s'appuyant sur les meilleures pratiques.

Communication orale, atelier 1A

**Dr Loïc JOSSERAN**, Véronique LE CLEZIAUX, L CHO, Aline MOREAU, Bertrand DAUTZENBERG

TAUX DE GOUDRONS ET DE NICOTINE DANS LES CIGARETTES DE PAYS DEVELOPPES ET EN DEVELOPPEMENT.

Introduction : Dans les pays développés, le taux maximum de goudron et de nicotine est limité par la loi et régulièrement contrôlé. Dans les pays en développement il n'y a ni législation sur des valeurs limites, ni de contrôle et le plus souvent aucun avertissement sanitaire n'est porté sur le paquet. Méthodes : Les cigarettes de différents pays francophones, transmises pas les associations locales ont été testées par le Laboratoire National d'Essai (LNE) français selon la même procédure que celle utilisées à la demande de l'Etat pour les cigarettes vendues en France (ISO 3308, en particulier). Résultats: * En Europe la valeur limite goudron va passer de 12 à 10mg/cig. Pays marque Nicotine (mg/cig) goudron (mg/cig) : Cambodge Alain Delon 0,96 15,3 ; Congo Marlboro 1,16 16,6 ; France Marlboro 0,87 12,5 * ; Ile Maurice Matelot 1,53 15,0 ; Ile Maurice Matinée 1,42 16,1 ; Ile Maurice Lucky Strike 1,20 17,3; France Lucky Strike 0,87 13,1 *. Conclusion: Les résultats montrent que les cigarettes en provenance des pays en développement ont toujours des taux de nicotine et de goudron plus hauts que ceux des cigarettes vendues en France, même si elles sont présentées parfois sous la même marque et type. Les fumeurs des pays en développement sont moins bien informés sur les produits qu'ils consument. Il est utile que des liens se tissent entre ONG de pays développés et des pays en développement pour organiser une meilleure information des populations et une meilleure prévention du tabagisme.




Communication orale, atelier 16

**Dr Loïc JOSSERAN**, Bertrand DAUTZENBERG , Anne BORGNE, Monique OSMAN, Danielle LEPETIT

INFLUENCE DE LA MESURE DU CO EXPIRE EN POPULATION GENERALE SUR L'OPINION DES FUMEURS

Introduction : Le but de cette étude est d'évaluer l'influence de la mesure du CO expiré sur l'opinion des fumeurs. Méthode : Au cours d'une campagne de mesure au restaurant universitaire de l'Université Paris VI, un questionnaire a été proposé avant et après mesure du CO expiré. Résultats: 117 couples de questionnaires ont été analysés. Les répondants sont à 83% des fumeurs. Le sexe -ratio est de 1,5/1, l'âge moyen de 26,5 ± 8,7 ans. Le CO de l'air ambiant était de 2-3 ppm. Il est de 5,5 ppm chez les non-fumeurs, 10,1 chez les fumeurs occasionnels et 22,1 ppm chez les fumeurs quotidiens. Le taux de CO passe en moyenne de 11 ppm pour <5cig/j à 54 ppm pour >25/j. Après mesure du CO expiré, 65% des répondants rapportent une modification de leur opinion sur le tabac. Chez ceux qui ne rapportent pas de changement d'opinion, le taux de CO moyen est de 13 ppm alors qu'il est de 25 ppm chez ceux qui rapportent un fort changement d'opinion. L'opinion sur la fumée du tabac comme facteur de pollution ne se modifie pas. L'opinion sur le tabagisme passif est significativement modifiée. La plus forte modification de l'opinion porte sur le désir d'arrêt dans le mois à venir, qui double parmi les fumeurs qui ont participé à la mesure du CO expiré, passant de 10% à 20%. Il n'est cependant pas observé de modification d'opinion dans le groupe ayant moins de 10 ppm de CO expiré. Conclusion : La mesure du CO expiré en population générale apparaît comme un moyen efficace de changement d'opinion sur le tabac.

Communication orale, atelier 13

**Dr Loïc JOSSERAN**, Britt GRAHAM, Gary KING, Gilles BRUCKER, Bertrand DAUTZENBERG , Gilles HERENGT

COMPORTEMENT TABAGIQUE DES ETUDIANTS EN MEDECINE EN FRANCE

Introduction : Le rôle d'exemplarité des comportements de santé des médecins a été déjà démontré. C'est pourquoi il faut connaître le comportement des étudiants en médecine qui seront les professionnels de demain. Ce travail étudie les habitudes tabagiques d'étudiants, de 2 facultés de médecine françaises. Méthode : Les auto-questionnaires ont été complétés lors des examens de fin d'année à tous les étudiants de toutes les années inscrits à Rennes (2000) et à la Pitié Salpétrière (2001). Résultats : Au total 1775 étudiants ont été enquêtés (exhaustivité > 90%), 40.8% étaient fumeurs (quotidiens ou occasionnels). Les hommes fument plus que les femmes (44.2% vs. 39.0%, p < 0.05), plus de la moitié des fumeurs (57.9%) ont commencé entre 15 et 18 ans et la majorité (64.0%) préfèrent les cigarettes légères. La prévalence du tabagisme et le nombre de cigarettes fumées par jour augmentent avec l'âge : 35.7% des 20 ans ou moins fument en moyenne 8.5 cig/jr et 45.7% des plus de 20 ans fument en moyenne 10.5 cig/jr (p<0.01). Les hommes fument plus de cigarettes par jour que les femmes (10.8 cig/jr vs. 8.6 cig/jr, p<0.01). Les étudiants rennais fument plus que les étudiants parisiens (45.5% vs. 31.6%, p<0.001) et 66.9% de tous les étudiants disent avoir été suffisamment informés pendant leurs études. La régression logistique montre que les étudiants les plus âgés fument 1.5 fois plus souvent des "light" que les autres (or = 1.51, IC = 1.05-2.18). Conclusion : Les étudiants en médecine connaissent les dangers du tabac, mais beaucoup fument. Ceci implique une réflexion sur la nécessité de développer des méthodes de prévention efficaces pour les étudiants en médecine. Le simple apprentissage des risques ne suffit pas à prévenir leur comportement tabagique ce qui aura certainement des conséquences sur l'avenir de la santé publique (conseils aux fumeurs).

Communication orale, atelier 16

**Pr André KAHN**, José GROSWASSER, Patricia FRANCO

LES MECANISMES PAR LESQUELS LE TABAC EN PERIODE PRENATALE CONDUIT A LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Les mécanismes grâce auxquels le tabagisme en période prénatal est responsable de Morts Subites du Nourrisson en période post-natale sont bien connus. Ils impliquent des blocages respiratoires, des anomalies du rythme cardiaque et une inhibition des éveils du nourrisson durant le sommeil. La connaissance et l'illustration des ces notions auprès de jeunes et des professionnels de la santé contribuent à réduire le tabagisme durant la grossesse, qui actuellement dépasse l'incidence de 30%.

Communication orale, atelier 30

**Pr André KAHN**, José GROSWASSER, Patricia FRANCO

CAMPAGNES D'APTITUDE ANTI-TABAC EN MILIEU SCOLAIRE

A partir de l'âge de 7 ans, les enfants seront invités à participer 1 fois par semaine à des animations autour du thème de l'autonomie des choix, y compris en matière de tabagisme. Les actions seront menées toute l'année et répétées chaque année jusqu'à la fin des études secondaires. Les professeurs sont formés au sujet et disposent de matériels écrits et audio-visuels. Une évaluation des effets sera conduite chaque année. Il est attendu qu'après l'adolescence un nombre accru de jeunes prendront la décision de ne pas fumer.




Communication orale, atelier 21

**Dr Emmanuel KHALATBARI**

L'ARRÊT DU TABAC : LE PROGRAMME I. S. E. E. (I see) (IMMÉDIAT, SIMPLE, ECONOMIQUE, EFFICACE)

Ce programme en dix principes constitue depuis plus de 25 ans la base de la thérapie d'aide à l'arrêt du tabac dans les consultations de tabacologie à Lyon. Simple, efficace et sans investissement économique, ce programme est applicable immédiatement par tout fumeur sans limite d'âge, avec ou sans pathologie sans aucune contre -indication. Le fumeur motivé et libre de son choix va apprendre à changer son statut pour devenir et rester non-fumeur. Il va apprendre à se reconditionner quotidiennement durant 45 jours pour réussir son déconditionnement. Il décide de son jour d'arrêt sans l'intervention de son entourage et respecte les dix principes suivants :1-Tout ou rien : l'arrêt du tabac doit être total sans négociation. 2-Relaxation : à la recherche d'apaisement pour rompre avec le rituel associatif, il doit éviter la prise des produits excitants (café, alcool). 3-Drainage : boire de l'eau, dix gorgées par heures au même rythme que les bouffées de tabac. 4-Remplissage : dix bouffées d'air par heure très lentement inspirées par les narines afin de compenser le manque pulmonaire ressenti comme " un creux " au plexus solaire. 5-Purification : alimentation riche en fibres (fruits, légumes...) en évitant sucres et graisses visibles. 6-Evolution : changer de statut en se considérant comme un non-fumeur. Ne pas s'afficher ex-tabagique. Dire je ne fume pas et non je ne fume plus. 7-Déconditionnement : ne pas entretenir l'automatisme et le réflexe de la main à la bouche en évitant les bonbons, chewing-gum, allumettes...8-Auto-satisfaction : se faire plaisir avec l'argent économisé. 9-Silence : éviter de devenir le prê cheur de la bonne parole qui sera ressentie comme le signe d'intolérance retardant l'instauration d'un dialogue constructif. 10-Renoncement : jamais une seule bouffée de tabac quelle que soit la forme du produit ou la durée de l'arrêt.

Communication orale, atelier 35

**Dr Emmanuel KHALATBARI**, Catherine MICHEL

TABAGISME EN MILIEU CARCERAL UNE EXPERIENCE UNIQUE EN FRANCE

- Constatons - nous une différence entre le fumeur en liberté en incarcération ? NON. - Le fumeur incarcéré peut -il apprendre à se libérer du tabagisme aussi naturellement qu'un fumeur libre prisonnier de son habitude ? OUI. Le fumeur prisonnier de son tabagisme se trouvant condamné en prison, doit supporter et accepter cette "double peine", l'une imposée par le règlement, l'autre par le conditionnement. S'il décide de se libérer de son tabagisme, il se sentira soulagé d'une partie de sa peine. La confiance retrouvée par cette nouvelle liberté lui permettra de mieux supporter l'incarcération. Il sera physiquement en forme pour apprécier le " double gain " obtenu : la sortie de son double enfermement. Pour démontrer que la démarche du fumeur désirant l'arrêt peut être facilité en prison,
depuis 1998 se déroule dans les prisons de Lyon une expérience unique en France. Deux à trois fois par mois, une dizaine de détenus fumeurs participent à des réunions de sensibilisation, d'informations, de motivations et d'aide à l'arrêt du tabac. Ils sont entourés d'un tabacologue, d'une psychologue et d'une infirmière du Service Médico-Psychologique Régional. La complémentarité des animateurs facilite les explications, les argumentations, la franchise des questions-réponses qui sont claires et sans ambiguïtés. Les détenus qui ont réussi viennent soutenir et encouragent les nouveaux participants ainsi le passage à la décision d'arrêt du tabac est multiplié. La maturation fait son chemin, le programme d'aide à l'arrêt est proposé sous forme de thérapie cognitivo-comportementale accompagnée de conseils hygièno-diététiques. Les résultats : 20 % des participants déclarent l'arrêt total de leur tabagisme après trois à cinq séances de participation, 80 % des fumeurs reconnaissent la diminution de leur consommation et une évolution très favorable vers l'arrêt définitif. Le détenu libéré de son tabagisme profite immédiatement de son gain en attendant sa deuxième liberté.

Séance poster 10

**Mme Sarah KUPFERSCHMID**, Patricia BORRERO , Frédéric GUILLO , Thierry MUSSET

ROLE DES INFIRMIER(E)S SPECIALISE(E)S EN ADDICTION DANS UN HOPITAL GENERAL : L'EXPERIENCE DE GENEVE

Depuis plusieurs années les Hôpitaux Universitaires de Genève ont mené une réflexion sur la prise en soins des patients hospitalisés présentant une problématique d'addiction. Cette réflexion a conduit dès l'année 1993, à la création d'un poste d'infirmier spécialiste clinique dans le domaine de la toxicodépendance. Par la suite, cette démarche s'est étendue à d'autres formes d'addiction avec l'apport de deux consultations infirmières spécialisées respectivement en alcoologie dès 1998 et en tabacologie dès 1999. Les principaux objectifs de ces consultations sont : · permettre au patient une réflexion autour de la dépendance au produit ; · conseiller les équipes soignantes sur la prise en charge spécifique de ces patients ; · établir des liens fonctionnels avec les institutions spécialisées ; · mener des activités de recherche et d'enseignement. L'événement exceptionnel que constitue une hospitalisation en milieu somatique, peut ainsi devenir un moment privilégié pour l'élaboration d'un projet thérapeutique intégrant la dépendance à un produit.

Communication orale, atelier 23

**Mme Sarah KUPFERSCHMID**, Patricia BORRERO

EVOLUTION DU TABAGISME UN AN APRES UNE CONSULTATION INFIRMIERE SPECIALISEE POUR LES PATIENTS FUMEURS HOSPITALISES

CONTEXTE : Une consultation infirmière spécialisée en tabacologie existe depuis 1999 aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle offre la possibilité au patient fumeur hospitalisé de faire le point sur son tabagisme et, s'il le désire, de commencer une désaccoutumance au tabac à l'hôpital. Cette étude examine l'évolution des patients fumeurs un an après cette consultation. METHODE : Une année après leur hospitalisation, nous avons interrogé par questionnaire 179 patients vus à notre consultation en 2000. Un premier rappel écrit, puis un rappel téléphonique si nécessaire nous ont permis de recueillir 129 (72%) réponses évaluables. RESULTATS : · 29,5% des patients sont en arrêt du tabac un an après leur hospitalisation ; · 81 % des patients estiment la consultation assez utile (30%), voire très utile (51%) ; · 50% des patients ont perçu la consultation comme non culpabilisante. Parmi les 38 patients qui ont arrêté de fumer : · 76% ont arrêté de fumer à l'hôpital et sont restés abstinents depuis lors ; · 44% ont utilisé un traitement pharmacologique ; · 66% avaient au moins une maladie liée au tabac, une année avant. Parmi les 91 patients qui fument : · 55% ont diminué leur consommation ; · 63% ont fait au moins une tentative d'arrêt du tabac. · Concernant l'arrêt du tabac, 37,3% ne sont pas motivés, 36,3% l'envisagent dans les 6 mois et 26,4% s'y préparent. CONCLUSION : Un an après une consultation spécialisée en tabacologie durant une hospitalisation, un tiers des patients ont cessé de fumer après un arrêt généralement initié à l'hôpital. Ceux qui ont continué à fumer ont souvent réduit leur consommation ou fait au moins une tentative d'arrêt. Cette consultation semble favoriser l'arrêt du tabac des fumeurs hospitalisés avec une approche peu culpabilisante.

Communication orale, atelier 24

**Dr Chantal LACROIX**, Diane VILLENEUVE, Michèle TREMBLAY, Carmelle GOLDBERG , Martin SAINT-GEORGES

ORGANISATION DES SERVICES DE CESSATION TABAGIQUE SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL

Dans le cadre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec a transmis aux Directions de santé publique en mai 2001, un mandat visant à intensifier et améliorer les services d'abandon du tabagisme sur leur territoire. Afin d'identifier des stratégies permettant d'améliorer l'organisation des services de cessation tabagique à Montréal, les étapes suivantes furent réalisées : la revue d'un document publié par l'Institut National de Santé Publique du Québec portant sur l'efficacité des interventions en cessation tabagique, un relevé des services de cessation tabagique disponibles à Montréal, la tenue de groupes de discussion avec des fumeurs montréalais et la rencontre d'experts en organisation des services. Les résultats de ces différentes consultations seront brièvement résumés puis nous exposerons le plan d'organisation des services de cessation tabagique pour la région de Montréal. Les services retenus sont de deux ordres soit national et régional. Les services nationaux incluent une ligne téléphonique d'information et de soutien ainsi qu'un concours provincial de cessation du tabagisme. Les services régionaux comprendront du counselling individuel par les professionnels de la santé qui sera offert dans différents points de service du réseau de la santé, du counselling de groupe, du counselling auprès de deux clientèles particulières soit les jeunes et les femmes enceintes et une campagne médiatique régionale de promotion des services de cessation disponibles. Les partenariats souhaités pour la mise en œuvre du plan d'organisation des services de cessation tabagique seront soulignés.

Communication orale, atelier 29

**Dr Johanne LAGUË**, Monique CARON-BOUCHARD

EVALUATION DE L'IMPLANTATION DUN PROJET NOVATEUR DE PREVENTION DU TABAGISME DESTINE AUX ELEVES DU PRIMAIRE MISSION TNT.06

Le projet Mission TNT.06 vise à prévenir le tabagisme chez les jeunes de 6è année en les invitant à s'engager à demeurer non-fumeurs pendant 6 mois. Pour participer, 90% des élèves de la classe doivent renouveler leur engagement à ne pas fumer à chaque mois. Les classes ayant maintenu leur engagement pendant toute cette période sont admissibles à un tirage et peuvent gagner des prix. Ce projet-pilote, qui s'est déroulé dans des écoles primaires de trois régions du Québec durant l'année 2000-2001, a fait l'objet d'une évaluation d'implantation. Objectifs de l'évaluation d'implantation : · Identifier les forces et les limites de ce type de projet · Cerner les modalités d'implantation susceptibles de favoriser la participation des professeurs et d'en accroître l'impact auprès des élèves. Méthodes utilisées : · Entrevues individuelles avec 6 professeurs ayant participé au projet et provenant de chacune des régions pilote · 6 Entrevues de groupes (Focus Group) auprès d'élèves provenant de chacune des régions pilote et ayant participé au projet. Chaque groupe est composé de 5 élèves. · Enquête par questionnaires auto-administrés auprès de 300 élèves ayant participé au projet. Résultats : Outre l'appréciation générale des professeurs et des élèves envers le projet, l'évaluation d'implantation nous permettra de discuter de la pertinence d'un engagement de classe en 6è année, des facteurs permettant de maintenir la motivation des élèves tout au long de l'année, de l'impact des règlements du projet sur les pressions sociales que peuvent subir certains élèves, des facteurs favorisant l'implication des professeurs et des suggestions permettant d'assurer un suivi et d'améliorer les effets bénéfiques potentiels du projet tout en diminuant la possibilité d'éventuels effets néfastes.

Communication orale, atelier 18

**Mme Monique LALONDE**, Bernard HENEMAN, Michèle TREMBLAY

LA LUTTE ANTITABAC EN MILIEU SCOLAIRE AU QUÉBEC: OÙ DIRIGER LES EFFORTS?

Depuis déjà quelques années, le Québec a mis en place plusieurs mesures efficaces de lutte antitabac. Par exemple, la Loi sur le tabac adoptée en juin 1998 qui complète celle promulguée en 1997 par le gouvernement fédéral fait du Québec une région à l'avant-garde pour ce qui est de la législation relative au tabac. Le financement public des thérapies de sevrage à la nicotine est également une innovation depuis 2000. L'action visant la cessation tabagique a en outre été intensifiée tout récemment par le lancement du programme québécois d'abandon du tabagisme qui accorde une priorité à l'amélioration de l'accessibilité des services. Prévenir la dépendance aux produits du tabac chez les jeunes constitue un volet que le Québec veut développer davantage. À cet effet, un avis de santé publique sur les orientations en matière de prévention du tabagisme est en cours de rédaction et servira à guider le choix d'interventions efficaces à mettre de l'avant pour prévenir et réduire le tabagisme chez les jeunes. L'avis porte une attention particulière à la composante scolaire. Dans cet exposé, nous présenterons les principaux éléments qui ont été examinés et qui rendent compte de la complexité de l'intervention en milieu scolaire. Nous débuterons en rappelant les recommandations des « Centers for Disease Control and Prevention » des États-Unis. Nous verrons que pour obtenir des effets probants, il faut intervenir sur plusieurs fronts. Les programmes scolaires doivent ainsi être combinés à des campagnes médiatiques et à des efforts communautaires faisant en sorte que l'environnement externe des jeunes soit cohérent avec les messages transmis en classe. Nous nous pencherons plus particulièrement sur les politiques antitabac à l'école, l'intervention auprès des parents et la participation des jeunes dans la communauté. Nous survolerons également le curriculum recommandé en classe et tiendrons compte des problèmes d'implantation associés aux différentes mesures. Les recommandations qui seront formulées témoigneront des résultats de l'analyse qui précède.




Communication orale, atelier 20

**Mme Marie-Claude LAMARRE**, Sylviane RATTE

LA CRISE CROISSANTE DU TABAGISME EN AFRIQUE FRANCOPHONE: UN SEMINAIRE POUR PROFESSIONNELS MEDIAS ET PROMOTION DE LA SANTE

La consommation du tabac est peut-être actuellement inférieure en Afrique, comparée à celle d'autres régions du monde mais la recherche montre que la consommation du tabac augmente rapidement dans toute l'Afrique. L'industrie du tabac a également monté de solides campagnes de marketing et de promotion en Afrique. Les pays d'Afrique ont devant eux la possibilité et le défi de prévenir l'épidémie qui se profile et de protéger la santé future de leurs populations. Des contre-campagnes et des réglementations de santé publique peuvent diminuer l'impact des efforts de l'industrie du tabac. Pour cela il faut avant tout sensibiliser et informer le public sur les stratégies et tactiques qui sont utilisées en Afrique pour rendre de nouvelles générations dépendantes du tabac. Cela complétera les efforts concertés de décideurs politiques pour protéger la santé publique à la fois par la législation nationale mais aussi sur le plan international au travers de la Convention cadre contre le tabagisme. L'importance et la nécessité d'accroître la communication médiatique et la collaboration des médias et des promoteurs de santé en Afrique sont évidentes. Les décideurs politiques auront besoin eux-aussi d'un soutien solide au moment d'adopter et de mettre en vigueur les stratégies de lutte et de contrôle du tabac autour de la Convention-cadre. Une sensibilisation plus importante du public aux dangers du tabac sera elle-aussi essentielle pour permettre l'acceptation de nouvelles mesures et de mesures renforcées de contrôle du tabac. Face à ce constat un projet de (multipartenariat avec l'OMS/TFI, l'UIPES, Les CDC, la Coalition Québecoise contre le Tabagisme, SOS Tabagisme -Mali, La Ligue Nationale contre le Cancer France) a été mis en place et focalise sur la nécessité de mobiliser et de catalyser différents médias (formels et non formels) en Afrique francophone dans le but : - d'augmenter l'activité médiatique en faveur des objectifs de prévention du tabagisme et du développement de sociétés et d'environnements sans tabac ; - d'augmenter la prise de conscience des professionnels de la promotion de la santé et des médias des tactiques utilisées par l'industrie du tabac pour promouvoir le tabac dans les pays en voie de développement, de même que de sensibiliser sur les lois nationales et internationales de santé publique visant à contrer et réguler cette activité ; - d'impliquer des médias représentatifs des pays dans lesquels est installée l'industrie du tabac opérante en Afrique. A la suite des phases de recherche et de préparation un séminaire rassemblant des professionnels des médias et de la promotion de la santé sera organisé à l'automne prochain au Bénin. Première phase d'un projet à long terme Le séminaire devrait permettre d'élaborer projets et plans d'action futurs qui répondent à la réalité du contrôle du tabac dans les pays concernés. Il devrait également encourager les participants à mobiliser d'autres collègues et confrères dans leurs pays.

Communication orale, atelier 4

**Mme Véronique LE CLEZIO**

LA BRITISH AMERICAN TOBACCO DE MAURICE PRETEND EMPLOYER 10,000 PERSONNES.

La 'British American Tobacco' emploie 127 personnes à l'usine. En 1998, elle en employait 400. 200 ouvriers de la BAT ont reçu leur feuille de route en 1998 parce que la BAT a fait venir des machines plus performantes. Mais ce licenciement massif s'est fait en douce.... Si demain l'usine devait fermer, ce serait le même nombre qui trouveraient la même solution! Le nombre de planteurs de tabac 'se chiffre à 308 selon le 'Tobacco Board' de Maurice. Mais pour quasiment tous ces planteurs, il s'agit seulement d'un deuxième 'métier'. Ref.'Tobacco Board Annual Report 2000': Les porte-paroles de la BAT clament haut et fort que l'industrie représente 10,000 emplois à Maurice. Qui sont ces 10,000 employés, autres que les planteurs de tabac et les employés d'usine ? 3 distributeurs et 8000 revendeurs de tabac? (si ces boutiques ne vendaient plus de tabac, seraient-elles ruinées, seraient-elles obligées de fermer leur commerce?) Les autres 'employés' de la BAT de Maurice sont sans doute les employés gouvernementaux du 'Tobacco Board' , les agences publicitaires, les imprimeries, les journaux complices, sans oublier les infirmiers, les médecins, les pharmaciens, les balayeurs de mégots et de boîtes de cigarettes vides et les pompes funèbres! Qui plus est, rien ne saurait justifier une industrie létale.

Communication orale, atelier 12

**Mme Véronique LE CLEZIO**

INFRACTIONS A LA LOI ANTITABAC DE MAURICE

Cette loi stipule que personne ne doit vendre des cigarettes dans un conteneur sans que celui-ci ne comporte un avertissement à la santé 'proéminent' à l'effet que "Fumer cause le cancer, la maladie cardiaque et la bronchite." -Personne ne doit être mêlé à la publication de publicité pour la vente ou la consommation de cigarettes, et à la promotion d'une marque ou d'une appellation commerciale ayant trait à un produit de tabac. -Personne impliquée dans la production, le marketing, la distribution ou la vente d'un produit de tabac de doit offrir de parrainage à une personne en relation à ce produit de tabac ou marque ou appellation ayant trait à un produit de tabac. Plusieurs cas d'infraction à ces règlements du 'Public Health Act' ont été rapportés à la police par ViSa: AVERTISSEMENT A LA SANTE: L'avertissement à la santé sur les boîtes de cigarettes vendues à Maurice, à peine lisible, n'est donc pas conforme à la loi. Le libellé « Smoking causes cancer, heart disease and bronchitis » ne figure pas sur les marques de cigarettes importées et vendues localement. PUBLICITES: -Les boutiques hors-taxes de l'aéroport international de Maurice affichent de grandes publicités lumineuses des différentes marques de cigarettes au-dessus des étagères où sont également exposés et vendus des produits de tabac qui ne comportent aucun avertissement à la santé. -Les chaînes de supermarché telles que 'SPAR' arborent des publicités de marques de cigarettes au-dessus des caisses enregistreuses.Les boutiques et les 'tabagies' affichent aussi des publicités de marques de cigarettes. -Des gadgets (autre forme de publicité) destinés à attirer l'attention du public sur les boîtes de cigarettes exposées, sont collés sur des présentoirs pour annoncer « pas de cigarettes au mineurs », sans qu'aucune sanction ne puisse être prise contre la vente aux mineurs ! -Des publicités de la BAT, déguisées en offres d'emploi sont publiées dans les journaux mauriciens. -Un calendrier publicitaire de la BAT-Maurice est réalisé et distribué au public mauricien chaque année. -La BAT avait un stand publicitaire à la foire du « British Week » au Port Franc en juillet 2001. PARRAINAGE: -Des bibliothèques ont été illégallement sponsorisées par la BAT dans des villages pauvres de Maurice.Une plaque commémorative y est aposée au mur d'entrée de ces bilbliothèques : "donated by British American Tobacco (Mauritius)". -10 bourses d'études pour l'université de Maurice, sont illégallement offertes par la BAT aux étudiants de cette université, chaque année.Beaucoup de publicité médiatique entoure cet événement illégal. -Des prix sont donnés par la BAT aux planteurs de tabac chaque année, et l'événement est médiatisé. -Des poubelles publicitaires de la BAT sur lesquelles est insrit: "Sponsored by British American Tobacco" se trouvent sur les rues autour de cette usine et sur l'autoroute - La BAT offre la peinture extérieure des boutiques aux couleurs de la marque de cigarette 'Matinée'. Cette pratique relève du parrainage et de la publicité détournée.

Communication orale, atelier 48

**Mme Véronique LE CLEZIO**

PLAIDOYER POUR DES AVERTISSEMENTS SANITAIRES EFFICACES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES VENDUS A MAURICE.

Le 'Public Health Act' de Maurice, rédigé en anglais, stipule que personne ne doit vendre de cigarettes dans un conteneur sans qu'un avertissement à la santé n'y soit 'proéminemment' inscrit à l'effet que « fumer cause le cancer, la maladie cardiaque et la bronchite ». De fait, l'avertissement à la santé sur les paquets de cigarettes fabriqués et commercialisés par la BAT-Maurice est actuellement en anglais et en caractères à peine lisibles, camouflés en encres argent ou or. Les avertissements sanitaires des paquets de cigarettes importés ne répondent pas non plus aux exigences du Public Health Act. L'île Maurice a été colonie française de 1715 à 1810 et colonie anglaise de 1810 à l'Indépendance en 1968. Le français est la langue de prestige pour les Mauriciens. Sur 1.2 millions d'habitants, la quasi totalité des Mauriciens comprennent et parlent français, alors que l'anglais, comme langue usuelle, n'est pratiquée que par 2,240 Mauriciens, selon les statistiques officielles. TOUS les Mauriciens parlent et comprennent le créole, même si elle n'est pas toujours leur première langue. Notre taux d'alphabétisation avoisinerait 87%, mais seulement 60 à 70% de Mauriciens auraient une compréhension fonctionnelle et active de la lecture et de l'écriture. Nous pouvons donc conclure que l'avertissement à la santé tel qu'il figure actuellement sur les paquets de cigarettes, à Maurice, est parfaitement inadéquat. De plus, tous les ans, 2000 enfants échouent radicalement leur Certificat d'Etudes Primaires. Ces enfants sont analphabètes. La seule façon d'atteindre aussi ce public particulièrement à risque serait l'image…à l'instar des très célèbres et efficaces avertissements graphiques canadiens! L'association ViSa préconise donc l'usage de l'image des méfaits du tabac, du français et du créole pour les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes vendus à Maurice.

Communication orale, atelier 37

**Dr Jean-Marc LEDER**, Anne DURAND

LE PHARMACIEN, SENTINELLE SANITAIRE DANS LE CONTRÔLE DU TABAC

Les moyens de la prévention mis en œuvre doivent être en adéquation avec la révolution scientifique que nous sommes en train de vivre. Les professionnels de santé devront s'adapter à de nouvelles missions. ROLE STRATEGIQUE DU PHARMACIEN D'OFFICINE : VERS UNE PREVENTION DE PROXIMITE ? Proximité, disponibilité, compétence, font du pharmacien un interlocuteur privilégié en matière d'éducation sanitaire, de prévention, d'amélioration comportementale du citoyen dans le domaine de la santé. D'où une mission à plusieurs volets complémentaires : - Rôle d'information - Rôle de dépistage - Rôle d'orientation - Rôle d'initiation du traitement - Rôle de suivi, d'accompagnement. SPECIFICITE DU PHARMACIEN ET COMPLEMENTARITE DES DIFFERENTS ACTEURS DE SANTE Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le mieux placé, pour le " screening ". Le contrôle du tabac, combat commun, doit être une source de rapprochement entre les différents acteurs de santé. Les organisations professionnelles, l'industrie pharmaceutique, les praticiens de santé sur le terrain, doivent constituer un pôle d'excellence. MISE EN PRATIQUE OFFICINALE Le contact permanent avec les clients qui ne sont pas toujours malades permet d'assumer la maintenance sanitaire. L'écoute et le conseil actifs, l'appui psychologique, l'accompagnement, la vigilance font du pharmacien une " sentinelle de santé publique ". ENJEUX DE DEMAIN : LE PHARMACIEN, DISTRIBUTEUR PASSIF OU ACTEUR ENGAGE ? Hypothèses et solutions pour améliorer le degré d'implication du pharmacien : - Amélioration de la disponibilité - Elaboration d'un système de rémunération - Notion de spécialisation PERSPECTIVES D'AVENIR : VERS UNE COHESION SANS FRONTIERES DES ACTEURS DE SANTE ? La promotion de santé fait partie intégrante de la mission du pharmacien. Sentinelle sanitaire, il doit intégrer, dans sa pratique quotidienne, prévention, réduction des risques, éducation pour la santé, information, et veille sanitaire. L'aide à l'arrêt du tabac en est un des meilleurs exemples. Parallèlement au soin, correspondant à la santé individuelle, s'impose la notion de prévention correspondant à la santé publique.La cohésion de tous les acteurs de santé, pôle d'excellence et de compétences, doit transcender les frontières...Car l'intérêt général n'a pas plus de frontières que le tabac.

Séance poster 11

**Dr Jean-Marc LEDER**, Catherine CARIOU

UNE ACTION DE PREVENTION ANTI-TABAC AU LYCEE SAINT-MICHEL DE PICPUS A PARIS

Face à l'évolution du tabagisme chez les jeunes nous nous sommes fixé 3 objectifs : - Sensibiliser les élèves de 1ère à la dépendance et à son instauration rapide . - Faire une " photographie " globale de leur statut tabagique en mettant en évidence une éventuelle dérive et corrélation vers d'autres toxiques. -Elaborer un questionnaire fiable d'évaluation pour les adolescents, le test de FAGERSTRÖM n'étant pas adapté à cette tranche d'âge. Le questionnaire " testez votre dépendance au tabac ", strictement anonyme, est proposé aux 289 élèves concernés. Le remplissage est effectué simultanément dans les 10 classes des 3 sections " Scientifique, S ", " Littéraire, L ", " Economique et social, ES ". Une formation préalable est réalisée pour motiver et mobiliser le corps professoral. Résultats mis en évidence : - Une répartition inégale du tabagisme dans les différentes sections - Une distribution gaussienne de l'âge du début du tabagisme - Une consommation inférieure à 10 cigarettes par jour chez la majorité des élèves - Une pulsion à fumer dès la 1ère heure chez la moitié des élèves. - Des parents fumeurs pour la moitié des élèves - La méconnaissance chez les parents du statut tabagique de leurs enfants dans la moitié des cas - Une consommation inquiétante d'autres produits (cannabis) chez les fumeurs de tabac, mais aussi chez les non fumeurs. Eléments -clés apparus : - Un biais : le nombre de cigarettes quotidiennes doit être plus détaiilé sous la rubrique " de 0 à10 " - L'importance de la question n°11 : " pouvez - vous facilement renoncer à la première cigarette du matin avant les cours. ". Ce point semble indispensable pour l'évaluation de la dépendance. Conclusion : Cette enquête confirme la spécificité comportementale de l'adolescent, et donc la nécessité de l'élaboration d'un questionnaire adapté et fiable pour cette population.

Communication orale, atelier 22

**Mme Suzanne LEMIRE**

LIGNE J'ARRETE OU COMMENT ASSOCIER SERVICE DE MASSE ET "COUNSELING" INDIVIDUEL DE QUALITÉ

Les caractéristiques du service offert par la Ligne j'arrête résultent de l'alliage entre des technologies avancées des communications et des outils d'intervention psychosociale individuelle. Cet alliage permet la réalisation d'une intervention de masse efficace entièrement personnalisée et comporte un rapport coût-bénéfice appréciable. L'exposé donnera un aperçu des volets suivants : principes de bases du service, intervention auprès du fumeur, fonctionnement du service, contrôle de la qualité, orientations d'évaluation, liens avec promotion et publicité, liens avec le programme québécois d'abandon du tabac. La conception de l'intervention téléphonique est issue de la mise en application du processus des "pratiques exemplaires " (Best Practices). Le service s'adresse aux fumeurs à tous les stades du changement ainsi qu'aux personnes souhaitant soutenir un fumeur en démarche d'abandon du tabac. Il est gratuit, accessible, confidentiel, offre une aide immédiate puis répétée si désirée et répond à des standards de qualité. L'intervention évacue toute connotation moralisatrice et se base sur les principes de la relation d'aide intégrée aux techniques de l'interview motivationnel. Des questions à l'écran permettent au conseiller et au fumeur de cheminer en fonction de la situation et de l'histoire propre à chaque fumeur. L'intervention permet au fumeur d'explorer les conditions de sa dépendance, les ressources personnelles et extérieures sur lesquelles il peut s'appuyer. La Ligne j'arrête est conçue comme le point d'entrée du programme québécois d'abandon du tabac: envoi de matériel imprimé, référence aux services régionaux, association à des événements promotionnels grand public, site web. L'enregistrement des données au fur et à mesure des appels et des interventions constitue une banque de renseignements utiles à diverses activités: contrôle de la qualité, évaluation de l'efficacité selon des standards d'efficacité, évaluation comparative des méthodes d'intervention, révision et ajustements basés sur l'observation des faits, connaissances diverses sur différents volets de l'abandon tabagique.

Communication orale, atelier 46

**M. Gilles LÉPINE**, Daniel VEILLEUX

PROJET-PILOTE DE DENORMALISATION POUR LES JEUNES

Grâce au soutien financier de Santé Canada et des RRSSS de Québec et de Chaudière-Applaches, l'ARSEQCA a développé un projet audacieux de lutte contre le tabagisme qui est basé sur le programme de dénormalisation "TRUTH" de la Floride et le programme de commandite-santé "QUIT" de l'Australie. Ce projet unique au Canada a été validé par une firme professionnelle de communication. En plus d'avoir trouvé un nom de campagne original et "vendable", une étude en "focus group" dans la région amène des conclusions très intéressantes sur la perception des jeunes francophones face à la dénormalisation.

Communication orale, atelier 45

**Mme Thérèse LETHU**

L'ADOPTION DE LA LOI EVIN : UNE BATAILLE MEDIATIQUE EXEMPLAIRE

La France dispose d'une législation anti-tabac exemplaire, dite Loi Evin, du nom du ministre de la santé de l'époque, M Claude Evin. Votée le 10 janvier 1991 par deux tiers des députés, elle a fait l'objet d'une bataille médiatique et parlementaire très rude. Comment a t-il été possible d'obtenir le vote de ce dispositif alors qu'à l'époque les promoteurs de la loi étaient isolés, les médias en général hostiles, le monde politique divisé et plutôt sceptique, face à des lobbies du tabac très virulents ? Ma présentation visera à apporter des éléments de réponse à cette question. Je pense qu'il est possible de dégager, à partir de la situation que nous avons connue en France et en tenant compte des très fortes disparités socio culturelles, des grandes lignes d'action générales à l'intention des pays qui tentent aujourd'hui d'adopter un tel dispositif législatif. La France a fait le preuve que la lutte contre le tabac est un combat collectif au sein duquel les médias jouent un rôle déterminant pour infléchir le milieu politique, contrer les pressions des lobbies du tabac et modifier durablement les comportements. J'illustrerai l'ampleur du changement d'attitude des médias dans mon pays en resituant leur réaction dans le contexte historique. Puis, je soulignerai les facteurs qui ont contribué à induire leur évolution. La directive européenne prévoyant la suppression totale de la publicité tabac en Europe en 2006, achève de convaincre les plus irréductibles d'entre eux que le retour en arrière n'est plus possible. Les conditions sont donc réunies pour faire en sorte que les médias, longtemps ennemis de la lutte anti tabac en France, deviennent véritablement des alliés. C'est que je m'efforcerai de démontrer dans un deuxième temps, en notant les facteurs les plus importants pour réaliser cet objectif en toute sérénité.

Séance poster 12

**Mme Geneviève LEVASSEUR**, Murray J. KAISERMAN

LA FUMÉE DE CIGARETTE; UNE SOURCE IMPORTANTE DE POLLUTION POUR FUMEURS ET NON-FUMEURS.

Environ 43 milliards de cigarette sont vendues chaque année au Canada. La fumée de cigarette contient plus de 4000 produits chimiques et est responsable de plus de 45 000 décès annuellement au Canada. Dans son nouveau règlement sur les rapports, le Programme de la lutte au tabagisme de Santé Canada demande à l'industrie du tabac de rapporter la concentration de 41 produits chimiques trouvés dans la fumée de cigarette (fumée principale et latérale). Parmi ceux-ci, plusieurs ont été identifiés comme étant cancérigènes, probablement ou possiblement cancérigènes dont les nitrosamines, le benzène, le benzo[a]pyrène, le formaldéhyde, les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAPs) et le plomb. Dans cette étude, le niveau de contaminant produit annuellement au Canada par la fumée de cigarette est estimé et comparé à l'exposition humaine à la pollution industrielle et aux niveaux de toxicité établis par diverses organisations. Par exemple, considérant que chaque cigarette allumée produit 1 à 15 mg de goudron pour la fumée principale et jusqu'à 30 mg de goudron pour la fumée latérale, environ 1500 tonnes de goudron sont produites annuellement par la combustion de ces cigarettes. Il est conclu que les émissions produites par la fumée de cigarette sont constantes et représentent une source significative de pollution. Il est aussi vérifié que les dangers à la santé causés par l'exposition à la fumée de cigarette sont considérables.

Communication orale, atelier 40

**Mme Christine LIBERGE-MICHOT**

FACE AU TABAGISME : UNE REPONSE DE SANTE PUBLIQUE

Objectifs : éviter la 1ère cigarette ; aider les fumeurs qui souhaitent arrêter. Méthode : Les thèmes prioritaires de santé publique sont déterminés à partir d'un tableau de bord sur les problématiques et les besoins de la population mis en évidence à partir d'enquêtes. (1) Un partenariat : multidisciplinaire avec les acteurs locaux concernés (institutions telles que le Groupe Hospitalier, la CPAM, les professionnels de santé, du social, de l'éducation, les associations. La diversité de l'approche induite par un partenariat multidisciplinaire est indispensable car la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Deux méthodes d'approche. Les réseaux thématiques : en l'occurrence le tabac. Les réseaux de proximité. Une approche de proximité favorise la cohésion des interventions et la mise en commun des énergies, des compétences, des savoirs faire. Elle permet de créer du lien entre les différents acteurs, d'assurer de la cohérence dans les programmes en adéquation avec l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement. Ainsi, les stratégies des acteurs vont être au sens du processus d'élaboration d'un programme d'actions. Il est donc important de repérer tous les acteurs concernés, de ne pas en oublier, que ce sint les organismes d protection sociale, les institutions et établissements de santé et hors domaine sanitaire, les professionnels et les associations y compris les associations d'usagers. Pour que la mise ne œuvre d'un programme puisse réellement être effective, il faut que les différents acteurs présents s'approprient ce programme. La concertation des acteurs est dès l'élaboration du programme un élément majeur de cette appropriation. Cette demande multi partenariale doit permettre la mise en synergie des acteurs et des décideurs. La mise en œuvre de ces programmes qui favorisent la mobilisation et la concertation des différents acteurs doit également impliquer la population tout en tenant compte de ses aspirations, car ce sont les individus eux-mêmes qui en adoptant des comportements plus favorables à la santé, vont contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé de la population qu'ils constituent. (2) Agir à tous les niveaux : avant la 1ère cigarette ; au moment de l'initiation ; aider le fumeur qui souhaite arrêter et profiter de certains moments de la vie pour enclencher la démarche lors de la grossesse, lorsque l'on devient parent.

Communication orale, atelier 14

**Dominique LOPEZ**, François BECK

CONSOMMATION DE TABAC ET PERCEPTIONS DU PRODUIT PAR LA POPULATION FRANÇAISE : QUELQUES TENDANCES RECENTES

Suite à l'adoption, en 1991, de la loi Evin qui réglemente notamment l'usage du tabac dans les lieux publics ainsi que la taxation et la publicité sur le tabac, les ventes de ce produit ont régulièrement décliné. Depuis 1997, elles sont à nouveau en augmentation. Bien qu'une tendance générale à la baisse de la consommation ait été observée au cours des années 1990 sur l'ensemble de la population française, elle masque cependant une progression chez les femmes de plus de 35 ans (dont la prévalence d'usage actuel est passée de 18 % en 1992 à 23 % en 2002) et chez les 14-18 ans (dont la prévalence d'usage quotidien est passée de 19 % en 1993 à 26 % en 1999). L'importance des conséquences sanitaires et sociales du tabac, que ce soit en termes de mortalité ou de morbidité, est sans commune mesure avec l'offre de soins spécifique à ce produit disponible en France. L'exemple le plus éloquent est la marginalité des prises en charge relatives au tabagisme par la médecine de ville ou les structures spécialisées : une dizaine de milliers en 2000. Ce chiffre doit cependant être nuancé car depuis fin 1999, les produits de substitution peuvent être achetés sans prescription médicale et leur vente connaît une progression sensible depuis l'année 2000. On constate néanmoins, à partir d'enquêtes téléphoniques sur les drogues réalisées en population générale à la fin des années 1990, que les perceptions et les opinions de la population française sur le tabac évoluent sensiblement vers une prise de conscience de la dangerosité du produit.

Communication orale, atelier 7

**Mme Jacynthe LOISELLE**, Bertrand PERRON

LA SURVEILLANCE DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES QUEBECOIS

Un mécanisme systématique de surveillance est un instrument essentiel pour mesurer les progrès réalisés en matière de lutte contre le tabagisme. Malgré le caractère prioritaire accordé à la lutte au tabagisme, rares sont les provinces Canadienne à s'être doté d'un système de surveillance.

Communication orale, atelier 38

**Dr Héla MAKNI**, Jennifer O'LOUGHLIN , Michèle TREMBLAY, Chantal LACROIX , André GERVAIS

IMPACT D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION POUR PROMOUVOIR LES PRATIQUES DE COUNSELLING EN CESSATION TABAGIQUE DES MÉDECINS.

En 1998, nous avons instauré '' Des Médecins Actifs pour Contrer le Tabagisme'', un programme d'intervention ciblant les omnipraticiens montréalais pour promouvoir leurs pratiques de counselling tabagique. Pour évaluer l'impact de ce programme, deux enquêtes transversales ont été réalisées auprès de deux échantillons aléatoires et indépendants d'omnipraticiens pratiquant à Montréal, la première en 1998, avant l'implantation du programme, et la deuxième en 2000. Une régression logistique polychotomique a évalué l'effet du programme sur les pratiques de counselling tabagique (exhaustivité, identification du statut tabagique et offre de conseils et de soutien) et les caractéristiques psychosociales reliées au counselling (attitudes et croyances, confiance en soi et perception de barrières). Pour ce faire, nous avons comparé les médecins exposés à une formation en counselling tabagique en/après 1998, donc après l'implantation du programme, à ceux exposés avant 1998 ou ceux non exposés à une formation. Le taux de réponse a été plus élevé en 1998 (77% de 440 sujets éligibles) qu'en 2000 (66% de 476 sujets éligibles). Parmi les participants, 11.7% des hommes et 16.7% des femmes ont reçu une formation en counselling tabagique avant 1998 alors que 5.6% des hommes et 11.2% des femmes ont été exposés à une formation après le début du programme. Les hommes exposés à une formation après l'instauration du programme avaient de meilleurs scores en ce qui concerne l'exhaustivité du counselling (Rapport de Cote (RC) =3.31, 95% intervalle de confiance (IC)=1.26-8.71) et l'offre de conseils (RC =3.09, 95% IC=1.22-7.82) que ceux exposés avant 1998 ou ceux non exposés à une formation. Les caractéristiques psychosociales étaient plus favorables chez les hommes et les femmes exposés à une formation après le début du programme. Des recherches ultérieures devraient déterminer si les améliorations notées sont reliées à la qualité de ce programme ou au fait qu'il ait été offert plus récemment.

Communication orale, atelier 47

**Pr Aurélie MARTZEL**, Anne RAMON

LES CAMPAGNES FRANCAISES ANTI-TABAC CHANGENT DE TON

Aurélie Martzel, responsable adjointe de la communication, Anne Ramon, responsable de la communication, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Il sera présenté la grande campagne qu'a lancée cette année l'INPES, avec l'Assurance Maladie, autour de la révélation des composants de la fumée de cigarette. L'objectif est de réalerter sur les risques du tabac et de débanaliser le produit à un moment où la consommation amorce une reprise inquiétante. Cette campagne a démarré par la diffusion pendant 24h00 d'une annonce à la télévision, à la radio et dans la presse : "Avis aux consommateurs: des traces d'acide cyanhydrique, de mercure, d'acétone et d'ammoniac ont été décelées dans un produit de consommation courante. Pour en savoir plus appelez les 0800 404 404". Le serveur vocal expliquait qu'il s'agissait de la cigarette et renvoyait sur des lignes téléphoniques d'information et d'aide au sevrage et sur le site internet créé à l'occasion www.jeveuxlaverite.com. A l'issue de cette phase, deux films télévisés ont été diffusés pendant 15 jours. Réalisés à partir des réactions à vif de fumeurs apprenant que la cigarette contient de l'ammoniac ou de l'acétone, ils témoignent du choc que produit une telle révélation. D'ici la fin de l'année, deux nouveaux spots seront diffusés. L'impact de cette campagne a été considérable. Le serveur vocal a reçu plus d'un million d'appels en 48h00, l'information a été relayée par l'ensemble des média ce qui a permis de replacer le tabac comme priorité de santé publique. Le renouvellement du ton et de la forme de la communication et la dramatisation du message ont déclenché une polémique nationale. Le débat a été ouvert autour de la question de l'efficacité d'une telle démarche. Ce point devra être abordé en mettant cette campagne en perspective par rapport au programme global de prévention du tabagisme dans lequel elle s'inscrit.

Communication orale, atelier 28

**Mme Anne MELOCHE**, Sylvie-Diane ALLETSON

LES MYSTERES DE CHAMPION, UNE STRATÉGIE DE DÉNORMALISATION

Dans le cadre d'une stratégie pour rejoindre les francophones de la ville d'Ottawa avec des messages de dénormalisation du tabac, la Direction de la santé publique a lancé un nouveau concours. Ce concours visant la population francophone minoritaire de la ville affichait « Champion », le personnage vedette de la santé des francophones. L'intervention est connue sous le nom « Les mystères de Champion ». Sous l'influence d'un climat politique très sensible, un concours de quatre semaines affichant une question hebdomadaire sur le tabac pris place. La présentation proposée discutera du raisonnement, de la stratégie et des défis d'une telle initiative. Nous vous dévoilerons comment « Champion » a réussit à rejoindre les fumeurs ainsi que les non-fumeurs avec de l'information sur les produits du tabac ainsi que les stratégies de l'industrie. Avec l'importante collaboration de partenaires communautaires, des médias ainsi que de commenditaires, cette initiative a connu un franc succès! Cette nouvelle approche de dénormalisation du tabac auprès des francophones de la ville d'Ottawa a ouvert la porte aux changements et aux discussions.

Communication orale, atelier 32

**Mme Anne-Catherine MERZ**, Jacques CORNUZ, Annette CRISINEL

L'ADMINISTRATION CANONTALE VAUDOISE EST UN LIEU DE TRAVAIL "SANS FUMEE MAIS PAS SANS FUMEURS"

Cette communication a pour but de relater l'expérience réalisée dans le cadre de l'Administration cantonale vaudoise sur le thème de la protection des non-fumeurs. En Suisse, depuis 1993, il y a une ordonnance sur la prévention sanitaire prévue dans la "loi sur le travail" qui dit à son article 19 que "l'employeur veillera, dans le cadre des disponibilités de l'entreprise, à ce que les non-fumeurs ne soient pas incommodés par la fumée du tabac d'autres personnes." Cette article n'étant pas appliqué, en 1997, un député vaudois a demandé à ce que l'Etat montre l'exemple en protégeant ses employés non fumeurs, appliquant ainsi, la loi susmentionnée. Le service de la santé publique nous alors mandaté en tant que "spécialistes" de la question du tabac. Nous avons mis sur pied un programme d'intervention qui se déroule sur environ 6 mois et se décline en fonction des spécificités de chaque service (leur taille, les métiers représentés, ce qui a déjà été fait en matière de tabac, etc..) Nous avons commencé en septembre 1999 et terminerons en décembre 2002. Après avoir acquis la hiérarchie à notre "cause", nous travaillons par le biais de groupe de consensus représentant des fumeurs et des non-fumeurs. Nous proposons une exposition que nous animons en répondant aux questions. Il y a également une offre de 1er conseil concernant la désaccoutumance. Ensuite, le groupe de travail adapte le règlement aux spécificités du lieu et, après une phase de test, le bâtiment est déclaré "sans fumée, ...". Ainsi, environ 6'000 employés auront été touchés par ce programme. Ce travail fait l'objet d'une évaluatation continue par le biais de questionnaires et est supervisé par un groupe d'experts.

Communication orale, atelier 8

**Mme Gwendoline MIGUEL**

LA PROMOTION DU TABAC EN FRANCE : UN MOYEN DE SEDUCTION ILLICITE DESTINE AUX JEUNES

En France, la loi anti-tabac de 1991 interdit toute publicité et promotion liée au tabac, mais rien n'a été prévu pour surveiller son application. Une organisation non gouvernementale : le Comité National Contre le Tabagisme (CNCT) a décidé d'assurer cette surveillance pour laquelle il reçoit des fonds publics. Les publicités sont devenues rares, mais les activités de promotion sont en plein essor car elles contournent la loi. Dans le cadre d'une convention avec l'Institut de Veille Sanitaire, le CNCT observe ces promotions sur un panel de buralistes et en dehors des lieux de vente (soirées, festivals, etc.). Un total de 80 opérations de promotions ont été observées entre octobre 2000 et avril 2002. La société Altadis est responsable d'un tiers et Philip Morris d'un quart des promotions recensées. Près de la moitié de ces promotions consistent en un nouvel habillage des paquets, un tiers en cadeaux liés à l'achat de tabac et le reste en participation à des soirées ou festivals. Dans l'ensemble ces promotions ont pour cible les adolescents et jeunes adultes. Ce travail a été complété par deux enquêtes auprès des 13-25 ans, la première qualitative pour identifier leurs réactions vis à vis des promotions à travers des réunions de groupe, et la seconde quantitative sur un échantillon de 301 jeunes pour évaluer la visibilité des promotions, et leur conséquence sur la consommation. Cette enquête montre le rôle des promotions sur la consommation des jeunes. Elle suggère d'axer la communication anti-tabac sur des messages « choquants » et d'utiliser des témoignages concrets. En conclusion, les fabricants de tabac visent les consommateurs de l'avenir. Nous sommes relativement démunis face à ces stratégies de communication qui incitent à l'achat mais n'enfreignent la loi que de façon difficilement plaidable. Les procès coûtent chers, le CNCT n'est pas riche et la politique du gouvernement est frileuse !




Communication orale, atelier 33

**Dr Roxane NÉRON**

COMMENT L'APPROCHE INTÉGRÉE D'ALCAN FACE AU TABAGISME PEUT-ELLE ÊTRE UTILE AILLEURS -VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Résumé non disponible

Communication orale, atelier 5A

**Philippe NOUGAROU**

PARTICULARITÉS DE L'APPLICATION DE LA LÉGISLATION ANTITABAC DANS L'ÎLE DE LA RÉUNION.

Suite à des constats simples dans notre département, les lois EVIN et VEIL sont très mal ou pas du tout appliquées. En outre, à la Réunion les décès qui découlent directement du tabac sont d'environs 600 personnes par an et environ 2000 nouveaux cas de cancer liés directement au tabac. Il y a aussi le faible prix du paquet de cigarettes et la vente de cigarettes à l'unité. Nous avons composé le bureau de l'association avec des personnalités locales : l'ancien directeur de la sécurité sociale du régime général, le directeur de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, le président du secours catholique et ancien président de la caisse des allocations familiales et une ancienne attachée parlementaire ; par la suite nous avons été rejoints par le président du syndicats des pharmaciens , des médecins, des inspecteurs de la Direction des affaires sanitaires et sociales, des élus, des syndicalistes. Le Comité Département Contre le Tabagisme (CDCT) a mené des actions judiciaires et des représentations auprès des autorités politiques pour les convaincre de hausser substantiellement le prix des paquets de cigarettes. Le CDCT a également mené des campagnes d'éducation avec la collaboration de plusieurs médias, participé à des actions locales et créé un site Internet (www.vivresanstabac.com). Enfin, une fédération des associations de lutte contre le tabagisme regroupant l'Île Maurice, les Seychelles, Mayotte, Madagascar et la Réunion est en voie d'être créée.

Communication orale, atelier 27

**Pr Michel O'NEILL**, Marie-José POTVIN, Donald DÉRY

UN OUTIL FRANCOPHONE SUR INTERNET POUR FAVORISER L'ANALYSE ET L'INTERVENTION POLITIQUES DANS DES DOSSIERS RELIÉS AU TABAC

Intervenir politiquement dans des dossiers reliés à la santé est toujours délicat, notamment dans le champ du tabac où les enjeux sont énormes et les acteurs très puissants. Afin d'appuyer les pratiques des intervenant-es professionnel-les et communautaires qui ne sont généralement que très peu formés et qui sont souvent très réticents à intervenir politiquement, un outil en trois phases et quatorze étapes a été développé en 1997 par une équipe québécoise. Cet outil a été utilisé par des dizaines de personnes, dans toutes sortes de milieux (du très local à l'international) et dans toutes sortes de dossiers, notamment en lien avec le tabac. Depuis les débuts de 2002, une portion de cet outil est disponible sur internet au , de même qu'une série de cours en ligne visant à se familiariser avec son utilisation. Une description de l'outil sera faite (en ligne si une connexion internet est disponible), en prenant comme illustration concrète les démarches effectuées à l'hiver 2002 par une municipalité ontarienne pour l'adoption d'une réglementation de l'usage du tabac. Le manuel de base présentant l'outil sera aussi disponible sur place.

Séance poster 13

**Dr Stéphanie PARRA**, Murray KAISERMAN, Geneviève LEVASSEUR

OÙ SE TROUVE LA NICOTINE ? ÉTUDE DE LA NICOTINE DANS LA FUMÉE DU TABAC ET DANS LE TABAC.

En dépit des nombreuses études qui ont démontré l'accoutumance des fumeurs à la nicotine, il est possible de trouver un large choix de marques de cigarette sur le marché canadien. Suite à la mise en place du Règlement sur l'Information Relative aux Produits du Tabac (2000), Santé Canada oblige maintenant les fabricants de produits du tabac à indiquer sur chaque emballage les intervalles de valeurs d'exposition de 6 émissions toxiques (incluant la nicotine). Ces intervalles sont mesurés dans des conditions standards et modifiées selon la norme ISO pour être représentatifs des comportements variés de la majorité des fumeurs. L'analyse de ces données montre qu'il y a recouvrement des intervalles dans une même famille de marques de cigarette. Ceci contredit la croyance populaire attribuant des effets bénéfiques sur la santé ou une diminution des niveaux de nicotine aux cigarettes légères et douces. Des données sur les concentrations de nicotine dans le tabac non brûlé sont également disponibles. La comparaison de ces données avec les mesures d'émission de nicotine dans la fumée principale permet de constater l'absence de relation linéaire entre ces deux variables.
Ces données et leurs seront discutées plus en détail.




Séance poster 14

**Mme Sabine PERRIER-BONNET**

MEDECINS GENERALISTES ET SEVRAGE TABAGIQUE: ANALYSE DES FACTEURS DETERMINANTS DES PRATIQUES D'AIDE A L'ARRET DU TABAC

Dans la perspective d'intensifier la lutte contre le tabagisme, Epidaure, bureau de Prévention du Centre Régional de Lutte contre le Cancer de Montpellier, a mis en place d'avril 1999 à octobre 2000, une étude pilote - projet MG Tabac LR - ayant pour objectif d'augmenter le nombre de sevrages tabagiques parmi la clientèle des médecins généralistes du Languedoc Roussillon, grâce à une intervention adaptée à la pratique libérale et dans une optique de participation des médecins généralistes à l'action préventive. La parole des médecins rencontrés lors des visites méritait d'être diffusée vers les décideurs régionaux et nationaux chargés des programmes de lutte contre le tabagisme en France et une analyse qualitative de type sociologique a mis plus particulièrement l'accent sur la recherche des facteurs favorisant mais aussi les facteurs limitant la prise en charge des patients fumeurs exprimés par les médecins ayant accepté de participer à ce projet. La problématique de la prise en charge du sevrage tabagique par la médecine générale doit donner lieu à une nouvelle démarche de santé publique. L'évolution de la pratique fait apparaître aujourd'hui, une attention plus grande portée sur la prévention et les soins dits esthétiques (alimentation, exercice physique, etc..) de la part des patients. Mais les problèmes d'addictions restent en marge de leur pratique. OBJECTIF/ l'étude des prises de décisions des médecins généralistes est importante pour faciliter la compréhension du comportement du médecin en consultation et par delà, son approche du domaine de la prévention et l'éducation à la santé. Dans le cas présent, nous avons souhaité faire connaître l'état d'esprit et les modalités d'approche d'un échantillon de médecins généralistes face à des patients porteurs d'une pathologie, un peu spéciale, qui est celle liée aux conduites addictives : le tabac. Tenter de comprendre et analyser leurs comportements face au tabac et tabagisme, d'étudier leurs besoins devant cette nouvelle problématique liée à l'évolution de notre société, est l'objectif principal de cette recherche. La détermination des incompatibilités, des limites ou le dynamisme du sevrage dans le cadre de la médecine générale, permet de mieux cibler les formations nécessaires et les structures appropriées pour atteindre l'objectif principal. CADRE: cette étude qualitative a été menée dans le cadre dun essai contrôlé randomisé d'aide à l'arrêt du tabac par des médecins généralistes dans la région Languedoc Roussillon. FACTEURS LIMITANT la prise en charge du sevrage Sont ainsi résumés : la crise de la profession médicale, le statut du médecin généraliste, les représentations de son rôle de médecin, la peur de l'échec pour le soignant, le risque de perte des patients, la connaissance personnelle du phénomène de la dépendance, l'impact des stratégies professionnelles, le facteur temps, la connaissance des facteurs de risques liés au tabac, l'absence de formation et d'informations, la non-observance du conseil minimal, le sentiment d'isolement du généraliste face au tabagisme, les attitudes face à un travail de recueil de données, la vente libre des substituts nicotiniques en pharmacie, le coût des substituts nicotiniques et la situation socio-économique de la clientèle. FACTEURS FACILITANT la prise en charge : la relation de confiance entre le patient et le thérapeute, La durée d'implantation, la non-suprématie de la spécialisation, La dynamique de suivi du médecin, Motivations et convictions personnelles du MG, La disponibilité du MG, Une conjoncture actuelle plus favorable, Capacités individuelles à modifier les attitudes. PROPOSITIONS: des médecins garants d'une approche «promotion de la santé », le développement des compétences pour la prévention, une formation continue adaptée, des médecins spécialisés de prévention, une séparation distincte des consultations de sevrage, un suivi extérieur d'experts tabacologues, un outil de travail à vulgariser : le rôle de l'analyseur de CO, un réseau local de médecins référents pour l'aide à l'arrêt du tabac. CONCLUSION: répondant à la prise de conscience nationale et internationale des méfaits du tabac, ce travail local en Languedoc Roussillon a permis de comprendre que le généraliste était, de nos jours, le lien privilégié entre fumeurs et tabacologues et que cela lui permettait d'entrer dans une logique de prévention seule s'il se sentait capable d'assumer les sevrages ou en les orientant vers des structures nouvelles indispensables pour la prise en charge du tabagisme.

Séance poster 15

**Mme Marie PERSIANI**

POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME À L'UNIVERSITE

L'objectif principal de notre action menée à l'université vise à diminuer la consommation de tabac sur le campus.
Pour ce faire, trois axes ont été définis. En premier lieu: élaborer un cadre favorable pour mettre en oeuvre une politique de lutte contre le tabagisme à l'université. Une charte "Université sans tabac" a donc été réalisée. Elle permet à l'université de s'engager activement dans un programme de prévention du tabagisme et de s'investir dans l'application de la réglementation antitabac dans les locaux (loi Evin 1991). En deuxième point: promouvoir le sevrage tabagique, mission assurée par le service de médecine et de promotion de la santé de l'université. Cela consiste en la création d'une brochure d'information sur les méthodes d'aide à l'arrêt et les lieux de consultations de sevrage tabagique en Moselle, et sur l'émergence et le renforcement de la motivation à l'arrêt du tabacches les étudiants. En troisième point : créer un outil pédagogique participatif de prévention primaire du tabagisme, par un groupe d'étudiants, à destination de l'ensemble des étudiants et du personnel du campus. A travers une exposition photos, les étudiants ont mis en évidence les problématiques liées au tabagisme, les représentations et les comportements vis-à-vis du tabac. Ils ont mené une réflexion autour de la santé et du lien entre le produit et sa situation dans un contexte de santé globale. Cet outil a été présenté lors de la Journée Mondiale Sans Tabac du 31 mai 2002 et animé par le groupe d'étudiants, auprès de ses pairs. Ce programme a permis de mener une action globale de promotion de la santé, efficace et positive, sur les ressources individuelles et collectives pour lutter contre le tabagisme.

Communication orale, atelier 22

**Mme Stéphanie PIN**, Pierre ARWIDSON

« TABAC INFO SERVICE » : EVOLUTION D'UNE LIGNE TELEPHONIQUE DE L'INFORMATION A L'AIDE A L'ARRET TABAGIQUE

Cette communication présentera de quelle manière une ligne téléphonique d'information et de soutien sur le tabac et l'arrêt tabagique a évolué vers un service spécialisé d'aide à l'arrêt. La ligne téléphonique « Tabac Info Service » a été mise en place en France en septembre 1998 : une équipe de téléconseillers était chargée de relayer les actions médiatiques de prévention du tabagisme et d'offrir à la population des informations simples et de la documentation sur le tabac. Les limites d'un conseil non professionnel, les besoins accrus de la population française en matière d'information et d'accompagnement au sevrage, ainsi que la diffusion des substituts nicotiniques et l'apparition de nouveaux traitements, ont conduit à une réorganisation de la ligne et à un renforcement de sa dimension d'aide à l'arrêt tabagique. Depuis la fin 2001, les appelants peuvent ainsi, s'ils le désirent, entrer en communication avec des tabacologues diplômés qui leur proposent de les soutenir et de les accompagner dans leur démarche d'arrêt. Un premier bilan du fonctionnement de la ligne montre qu'un tiers des appelants désirent parler à un tabacologue, ce qui représente en moyenne sept entretiens par jour. Il s'agit surtout de fumeurs réguliers et principalement de femmes. Les entretiens, qui se fondent sur une approche motivationnelle, durent entre 20 et 30 minutes. Les appelants sont ensuite orientés vers leur médecin ou une consultation de tabacologie. Cette première description sera complétée d'une discussion sur le dispositif d'évaluation de la ligne Tabac Info Service qui doit permettre de mesurer l'impact du service proposé en terme d'arrêt de la consommation de tabac et de renforcement de la motivation.

Communication orale, atelier 5

**Christian PESCHANG**

PROTECTION DES SALARIÉS NON-FUMEURS : APPLICATION DE LA LÉGISLATION DANS LES ENTREPRISES FRANÇAISES.

En France beaucoup de salarié(e)s se plaignent des difficultés pour faire appliquer la législation. Plus de 60% des entreprises n'appliquent pas la loi spontanément et beaucoup harcèlent les salariés demandeurs, certaines vont jusqu'au licenciement. L'Inspecteur du travail ne peut pas contraindre l'entreprise à respecter la loi, il peut simplement rappeler la loi et conseiller son application. L'Inspecteur du travail peut théoriquement dresser un procès-verbal et le transmettre au Procureur de la république, cela ne s'est jamais fait. Le Comité National Contre le Tabagisme (CNCT) peut intervenir pour soutenir ses adhérents, obtenir un constat par huissier et soutenir les salariés devant le tribunal pénal. Plusieurs condamnations ont déjà été obtenues.

Communication orale, atelier 18

**Mme Cécile PLAS**, Michel PETTIAUX, Pierre BARTSCH

MILIEUX DE VIE DES JEUNES ET TABAGISME : DEVELOPPEMENT DE PISTES DE PREVENTION

INTRODUCTION - En Belgique, le pourcentage de fumeurs réguliers est resté sensiblement identique cette dernière décennie. Différents pays européens constatent que la gestion du tabagisme environnemental est difficile à intégrer par des secteurs comme l'HORECA, les adolescents font leurs premiers essais tabac plus jeunes que précédemment,la pertinence de nombreuses campagnes médiatiques est remise en question, quels sont les liens à faire entre le tabac et les autres drogues? Autant de constats et de questions qui font réfléchir aux fondements des campagnes de prévention.Une des pistes possibles pour faire évoluer la politique de prévention tabac est l'intégrer dans le processus de réflexion et d'action de la promotion de la santé tel que défini par la Charte d'Ottawa en 1986. C'est l'objectif fixé par le service prévention tabac de la FARES. Un programme de recherche-action subsidié par le Ministère de la santé de la Communauté française de Belgique, vise à développer de nouvelles pistes de prévention. Le champ d'action pris en compte est les différents milieux de vie des jeunes en abordant les situations rencontrées dans une dynamique de qualité de vie et une approche intersectorielle. OBJECTIFS - A moyen terme, la sensibilisation d'acteurs professionnels ayant une mission auprès des jeunes afin de préciser leur rôle et l'importance des enjeux en matière de tabac, dans une approche globale de la santé. A plus long terme, l'appropriation par les acteurs de terrain de pratiques d'un nouveau type : opérationaliser des interventions en relation avec le rôle envisagé par le relais, évoluer dans le cadre d'un processus de promotion santé, apprendre à parler du tabac aux jeunes en étant crédible. STRATÉGIE - Différents axes de travail intégrés sont mis en place :- un groupe de recherche réunissant des partenaires aborde la thématique selon des angles d'accès complémentaires : promotion de la santé à l'école, réduction des risques, prévention des assuétudes, - une construction de la demande avec les acteurs de terrain dans une démarche ascendante,- une mise en réseau des acteurs de terrain, organise des ateliers d'échanges de pratiques et de compétences,- des groupes de mise en projet et de formation action offrent un accompagnement à plus long terme d'actions concrètes. ÉVALUATION - Ce programme est prospectif. Un dispositif d'évaluation associant les différents acteurs du programme (les professionnels, les partenaires, les jeunes) nous permettra de vérifier la validité des résultats obtenus en considérant tant les objectifs à atteindre que le processus stratégique mis en place.

Séance poster 16

**Dr Martine PRADOURA-DUFLOT**, Cornillon DANGLAS, Pierre BIRKUI, Françoise ANDRÉ, Patrick PAILLOTET, Bertrand DAUTZENBERG

AUTO-AUDIT DE LA PRISE EN COMPTE DU TABAGISME DANS LES COLLEGES ET LYCEES DE PARIS

Introduction : Selon la loi, les établissements scolaires sont totalement non-fumeurs en France ; mais des dérogations sont possibles dans les lycées et universités. Méthodes : Un auto-audit a été conduit dans tous les collèges et lycées classiques et professionnels publics de Paris par les médecins scolaires de 181 établissements regroupant 128 162 élèves à l'aide d'un questionnaire d'auto-audit observant l'adéquation des pratiques avec la Charte école sans tabac. Résultats : Une réponse à été obtenue pour 96 des 107 collèges et 45 des 74 lycées classiques. (oui %) : Le règlement intérieur parle de la politique tabac ? 82,8% Les élèves fument dans la cours ? 38,4% Des actions de prévention du tabagisme sont organisées ? 73,5% Des cendriers sont placés à l'entrée de l'établissement ? 45,0% Les mesures antitabac sont régulièrement évaluées ?12,6% Les zones non-fumeurs sont respectées ?74,2% Les parents sont régulièrement informés…. ? 70,2% Le personnel est informé de son rôle…. ?74,8% Il existe une salle fumeur pour le personnel ? 60,3% Le personnel fumeur reçoit une aide à l'arrêt ? 38,4% Conclusion : Le renforcement de la prévention du tabagisme et une meilleure application de la loi est nécessaire dans les établissements scolaires parisiens, en particulier dans les lycées.

Communication orale, atelier 39

**Pr Jacques J. PRIGNOT**

METHODES ET RESULTATS DE LA REDUCTION DES RISQUES TABAGIQUES:REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE

L'exposé donnera quelques orientations sur l'ensemble des méthodes (hormis cessation) envisagées pour la réduction des risques-santé liés au tabagisme mais portera principalement sur la diminution du nombre de cigarettes avec ou sans substitution nicotinique. Sans substitution, celle-ci est toujours accompagnée d'une réduction moins marquée des dégâts tabagiques. Son effet sur la réduction du poids de naissance des enfants de mères fumeuses pendant la grossesse ne se manifeste que lorsqu'elles fumaient initialement 5 cigarettes ou moins par jour. Ce phénomène s'explique par l'auto-titration de l'absorption de nicotine par les fumeurs qui recourent à une "hyperextraction" lorsqu'ils fument des cigarettes "légères", mais aussi lorsqu'ils réduisent le nombre de cigarettes. Ils se contentent d'une hypo-extraction lorsqu'ils fument plus de 20 cigarettes par jour: la courbe concentration de cotinine plasmatique/ nombre de cigarettes s'aplatit au-delà de 20 cigarettes quotidiennes. Une réduction de 50% du nombre de cigarettes chez les grands fumeurs se traduit par une diminution moins marquée de la concentration des marqueurs biologiques du tabagisme, comme dans les études avec substitution nicotinique partielle. Cette réduction est souvent de brève durée et est rarement suivie d'une cessation complète. Enfin, le nombre d'années d'exposition aux toxines du tabac est un facteur cancérigène plus important que le nombre de cigarettes quotidiennes: la réduction du fumage prolonge cette exposition et donc le risque. Il est plus pertinent de viser à faire progresser les fumeurs non décidés à l'arrêt dans le cycle de cessation et dès qu'ils acceptent l'arrêt, de leur fournir un soutien maximal (psycho-comportemental et pharmacologique: substitution complète à la nicotine associée au bupropion) et en cas de (menace de) rechute, de poursuivre si nécessaire indéfiniment la substitution. La nicotine médicamenteuse autotitrée devrait rester leur seule source de ce produit en l'absence de tout fumage.

Communication orale, atelier 13

**Dr Xavier QUANTIN**, Anne STROEBNER-DELBARRE, Wei CHEN

PREVALENCE DU TABAGISME AU SEIN DU PERSONNEL HOSPITALIER DU CENTRE HOSPITALO -UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

Le personnel hospitalier a un double rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme : exemplarité et aide au sevrage tabagique. Dans cette optique, l'unité de coordination de tabacologie du CHU de Montpellier a mis en place une politique d'aide au sevrage du personnel et un plan de formation. Afin de connaître l'impact de cette politique, il a été décidé de conduire une enquête prospective longitudinale. Le personnel se voit remettre un questionnaire lors de la visite de médecine du travail. Sont recueillies : les données démographiques, l'attitude du personnel par rapport aux malades fumeurs, ses habitudes tabagiques et ses croyances. 1707 questionnaires ont été administrés entre juin 2001 et mai 2002. La population se compose de 72 % de femmes et de 52 % de personnels soignants (59 % d'infirmières (IDE), 37.5 % d'aides soignants (AS) et 3.5 % de médecins (MED)).
Prévalence % Ex fumeurs % Fumeurs réguliers % Fumeurs occasionnels% AS 34.4 27.8 27.5 6.9 IDE 32.7 26 20 12.7 MED 32.2 22.6 12.9 19.3 Ensemble 34.6 25.2 23 11.6 Consommation moyenne : 9.8 cigarettes par jour, l'âge moyen du début : 18.5 ± 5 ans. Soixante et onze % des fumeurs ont fait en moyenne 2 ± 1.5 tentatives d'arrêt. Quarante deux % se sentent prêt à arrêter de fumer dans les 6 mois et 16 % aujourd'hui. Les pratiques du personnel soignant vis –à- vis des malades sont les suivantes Demandent aux malades s'ils fument Conseillent aux malades d'arrêter de fumer Se sentent prêts à inciter les malades à arrêter de fumer Se sentent formés pour inciter les malades à arrêter de fumer AS 26 30.2 28.4 13.9 IDE 48 33.3 24.3 16.3 MED 74.2 58 16 45.2 Concernant les croyances, 67.4 % pensent que le personnel hospitalier a un rôle d'exemplarité et 81.6 % qu'ils devraient donner le bon exemple. Cette enquête montre une prévalence forte du tabagisme au sein du personnel hospitalier, comparable à celle de la population générale (32 %). Une forte proportion est prête à interrompre son intoxication si les moyens d'accompagnement sont mis à sa disposition. L'évaluation régulière des comportements et des croyances se poursuit.

Communication orale, atelier 34

**M. Bernard QUATELAS**, Denis VINCENT

IDENTITE, DEPRESSION ET TABAGISME

Notre expérience des consultations de tabacologie nous amène à mettre l'accent sur la dimension identitaire du tabagisme dans nos programmes de sevrage et dans la formation des professionnels de santé. Les processus qui président à cette dimension identitaire sont particulièrement mis en évidence dans les manifestations anxio-dépressives en cours de sevrage. Le tabagisme nous apparaît comme une véritable « relation d'objet » au sens freudien du terme. L'ambiguïté de cette terminologie – « relation d'objet » - découvre tout autant la relation d'un individu-sujet avec un objet précis le rendant dépendant, que la relation d'un individu-objet, c'est-à-dire se faisant objet de la persécution d'un autre sujet intériorisé, symbolisé par l'objet de dépendance, ce que vient rappeler l'origine juridique du mot addiction. Cela permet d'éclairer l'ambivalence de la dépendance notamment dans son lien privilégié avec la dépression, où le tabagisme se révèle paradoxalement agent de dépression et antidépresseur. En fait le tabagisme doit être plutôt approché par les professionnels de santé comme un « moratoire palliatif » à la quête identitaire. Cette quête semble faire référence à un « mal sociétal » qui la rend de plus en plus sensible ; vient s'y ajouter la lucidité de la dépression qui rend ce « mal-être » de plus en plus violent, de plus en plus addictif. Il nous apparaît que dans ce champ du lien social les femmes sont plus fragilisées que les hommes. Mais la structure psychique du féminin semble toutefois conférer plus de capacité au travail du deuil, processus nécessaire à l'arrêt du tabac. Dans la lutte contre le tabagisme il nous paraît utile d'insérer cette approche psychologique dans la formation des personnels de santé dans la mesure où ceux-ci sont souvent très proches des difficultés identitaires de la population.

Séance poster 17

**M. Karl RAAB**, Bruce WALKER

UN REGARD ÉCOLOGISTE SUR LA FUMÉE DE TABAC

En 1972, STOP, un groupe écologiste montréalais, lançait la protection des non-fumeurs au Québec dans le cadre de la pollution de l'air intérieur. Il a évité volontairement de s'occuper des problèmes des fumeurs, choisissant pour but des actions éducatives, juridiques et médiatiques. Par la suite, le Gouvernement du Québec a longtemps traité cette question de la même façon, jusqu'à ce que son Ministre de l'environnement publie un rapport important (1979) et dépose la première loi applicable (1987). Conscients de la simplification excessive de la classification "fumeur", de la tromperie sur le terme de "non-fumeur", ainsi que des difficultés d'estimer les risques de respirer la fumée de tabac ambiante (FTA), nous utilisons une évaluation appropriée fondée sur le fait que l'amélioration de la qualité de l'air intérieur exige la réduction de la quantité de tabac brûlé dedans. La consommation de tabac par habitant (rapport des ventes par le chiffre de la population) donne un indice de la probabilité de se trouver dans un espace clos contenant une cigarette allumée, c'est-à-dire de respirer la FTA. Cette hypothèse d'une distribution au hasard des cigarettes s'applique mieux à une société globalement enfumée comme l'était le Québec des années 70-80. L'analyse montre qu'à cette époque, la diminution des ventes au Québec ainsi que la baisse de la consommation par habitant étaient plus grandes qu'au Canada. Aujourd'hui, malgré le "risque francophone", la consommation de tabac des Québecois est au même niveau que celle des Canadiens. Pour une société en voie de développer une stratégie, comme c'était le cas du Québec, les méthodes écologistes pourraient offrir des avantages sociaux et économiques. Même pour une société bien réglementée, comme le Canada actuel, ces analyses présentent une perspective éclairée.

Communication orale, atelier 42

**Mme Heidi RATHJEN**

STRUCTURE, STRATÉGIES ET APPROCHES DE LA COALITION QUÉBÉCOISE

Fondé en 1996, la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac représente plus de 750 organisations québécoises sur la question des mesures de contrôle du tabac. Pendant plus de six ans, la Coalition a mobilisé l'appui de ses membres et travaillé auprès des médias et des politiciens pour obtenir une série de mesures de contrôle du tabac, incluant la Loi sur le tabac du Québec et les récentes hausses des taxes et du budget de lutte contre le tabac du ministère de la Santé. Ces mesures ont manifestement contribué à la baisse spectaculaire du taux de tabagisme au Québec, qui est passé de 38% en 1994 à 24% en 2001. Les progrès de la Coalition sont dus en grande partie à sa grande capacité de mobilisation et de concertation avec ses partenaires, ainsi qu'à son interaction efficace avec les médias, les politiciens et les fonctionnaires. Cette présentation fera un survol des principales conditions de succès au niveau organisationnel, celles qui visent à minimiser les coûts, les conflits et les dédoublements d'efforts et à maximiser l'impact des activités de la coalition et ses membres. Ces conditions comprennent, entre autres, une structure simple, flexible et efficace, un mécanisme de prise de décision rapide et une diffusion complète et rapide de l'information.

Communication orale, atelier 8

**Mme Heidi RATHJEN**

LE DANGER DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE L'INDUSTRIE DU TABAC

Face à la récente détérioration de la réputation de l'industrie du tabac à l'échelle mondiale, les multinationales du tabac ont multiplié leurs efforts pour se doter d'une meilleure image. Les programmes « de prévention » et les programmes touchant l'interdiction de la vente aux mineurs constituent les deux principales composantes de cette offensive. L'industrie s'en sert pour réfuter les accusations liées à ses efforts de recrutement des jeunes et pour empêcher des contrôles plus sévères sur ses activités de vente et de marketing. Ils aident l'industrie à positionner le tabagisme comme une habitude « adulte », ce qui renforce l'attrait du tabac pour les jeunes. Ces programmes servent aussi à convaincre la communauté et les politiciens que les programmes scolaires et l'interdiction de la vente aux mineurs sont les princiaples solutions au problème du tabagisme chez les jeunes, tout en éclipsant les mesures beaucoup plus efficaces comme les hausses des taxes et l'interdiction de la publicité. Enfin, cette approche réduit le problème du tabac à un problème de jeunes au lieu de société, renforçant en même temps l'acceptabilité sociale de l'usage du tabac par les adulte. Cette présentation décrira les activités et les conséquences de deux programmes de l'industrie du tabac canadienne, soit « Sages décisions » et, surtout, le programme le plus répandu: l'« Opération Carte d'identité ». Elle inclura également les diverses démarches entreprises par les groupes de santé Canadiens pour discréditer les programmes, en soulignant celles qui ont été plus efficaces que d'autres.

Séance poster 18

**Mme Sylviane RATTE**

LE VRAI COMBAT

Le vrai combat est un outil pédagogique vidéo qui s'adresse au 15 -20 ans de l'enseignement général ou technique. L'objectif de cet outil est d'accélérer la maturation des jeunes fumeurs et de nourrir leur motivation pour qu'ils prennent un jour la décision d'arrêter de fumer. Le concept du film vise à multiplier les angles autour de la problématique du tabac et des différents points de vue pour que les jeunes puissent construire leurs propres discours face au tabac. Le film traite du tabac dans toutes ses dimensions: culturelle, économique, conséquences sur la santé, phénomène de dépendance et difficultés du sevrage, afin de faire prendre conscience que fumer ne libère pas l'individu, mais l'asservit. La cassette présente cet affrontement avec le tabagisme comme un combat mené pour maîtriser un adversaire. Le film est composé d'une série de clips chocs groupés en 4 séquences : respect / mépris, vérité/manipulation, liberté/emprisonnement, vie/mort. La vidéo est accompagnée d'un guide de l'utilisateur pour les professionnels qui souhaitent utiliser la vidéo dans leurs pratiques.

Communication orale, atelier 11

**Mme Sylviane RATTE**

COMMENT L'INDUSTRIE CIBLE LES FEMMES

Le tabagisme est une épidémie industrielle. Le développement du tabagisme au féminin au siècle dernier illustre parfaitement cette expression. L'industrie du tabac, qui se décrit elle même comme " un monstre qui doit être nourri" pour des raisons de logique commerciale déploie des moyens considérables pour promouvoir ses produits mortels auprès des femmes. Les femmes et les jeunes filles représente un potentiel considérable dans le marché global du tabac et les cigarettiers ont su et exploitent encore les grands thèmes tels que la peur de la prise de poids, la santé en perpétuant le mythe des cigarettes dites "légères", l'élégance, la féminité et l'émancipation pour vendre des cigarettes. Pour promouvoir ses produits auprès des femmes tout comme elle le fait auprès des jeunes, l'industrie, dans un contexte de restriction publicitaire et promotionnelle tel qu'il existe en France, recourt à des stratégies de plus en plus sophistiquées et contourne régulièrement la législation en place (décoration de paquet, promotions clandestines, parrainage de soirées étudiantes, etc..) Pour tenter une réponse en voie de la réduction du tabagisme féminin, les actions de l'industrie doivent être observées étroitement et des poursuites en justice engagées contre les infractions aux législations.
A terme, l'industrie ne devrait plus pouvoir tromper ses consommateurs sur la nature de ses produits avec l'adoption de paquets génériques. Des stratégies de communication en direction des femmes fondées sur la révélation des actions manipulatrices des fabricants de tabac s'imposent également.




Communication orale, atelier 48

**Mme Sylviane RATTE**

DES PAQUETS QUI NE TROMPENT PLUS EN EUROPE ?

La directive européenne 2001/37/EC du 5 juin 2001 prévoit d'importants changements en ce qui concerne la présentation, la fabrication et la vente des produits du tabac en Europe. Au 30 septembre 2002 les pays de l'Union européenne devront avoir transposé cette directive dans leurs législations nationales. Entre autres, La directive obligera l'industrie du tabac à apposer des avertissements sanitaires plus visibles, lisibles et plus percutants et les états membres pourront selon les recommandations de la Commission Européenne inclure des images/ illustrations sur les paquets. Les descripteurs mensongers tels que "légères" "Mild" seront interdits dès octobre 2003. L'industrie à l'avenir sera tenue de révéler la composition exacte des produits du tabac. Cette directive, bien qu'imparfaite sur certains points, représente une avancée majeure vers une meilleure information des fumeurs et sur la véritable nature des produits du tabac en Europe. Comme à l'habitude, l'industrie du tabac et les pays de l'Union qui la soutienne, ont déjà tenter d'attaquer cette réglementation . L'auteur fera le point sur l'état de la situation en ce qui concerne la transposition et les attaques en justice contre cette directive.

Communication orale, atelier 18

**Mme Sylviane RATTE**

REDUIRE LE TABAGISME DES JEUNES : QUELLE STRATEGIE?

Au cours des trente dernières années les efforts pour réduire le tabagisme des jeunes dans les pays industrialisés ont été multiples et variés. Seuls quelques programmes intégrés et adéquatement financés ont pu toutefois enregistrer une baisse sensible de la consommation du tabac chez les jeunes. Si les résultats sont modestes la diversité des expériences et des études ont permis d'approfondir les connaissances, de recadrer la prévention dans un contexte plus large et mieux ciblé. Le problème du tabagisme n'est pas un problème de jeunesse mais un problème économique, politique et social. On connaît désormais plus ou moins ce qui doit être fait ainsi que l'efficacité ou non – efficacité de certaines options. (options fiscales,protection des non-fumeurs, campagnes média, interventions en milieu scolaire, programme d'aide à l'arrêt pour les jeunes, interdiction de publicité et promotion, interdiction de vente aux mineurs, réglementation de la présentation du produit….) Cependant, l'impact des programmes les plus complets et les mieux financés sont sensiblement affaiblit par les actions de 'industrie du tabac. Mieux connaître le vecteur de la pandémie tabagique, à savoir, l'industrie du tabac, par une observation étroite et constante de ses activités est indispensable pour informer et renforcer toute politique de prévention. L'enjeu majeur pour les gouvernements, les éducateurs pour la santé et les acteurs de santé publique est de rattraper dans les plus brefs délais la longueur d'avance que l'industrie du tabac, qui tente de se racheter une image, est encore entrain de prendre. Le plus grand danger actuellement serait de laisser entrer le loup dans la bergerie en laissant l'industrie du tabac se positionner comme "acteur de prévention" et de faire du tabac un produit exclusivement réservé aux adultes. Ces stratégies n'ont pour but que d'empêcher une réglementation plus stricte des activités d'une industrie dont la viabilité économique repose entièrement sur le recrutement de nouveaux et jeunes consommateurs.

Communication orale, atelier 3

**Dr Jean-Charles RIELLE**, Pascal DIETHELM

L'AFFAIRE RYLANDER : PREMIER PROCES DE SANTE PUBLIQUE EN SUISSE

Le procès en diffamation intenté par le Professeur Ragnar Rylander à l'encontre de Pascal Diethelm et du Dr Jean-Charles Rielle, respectivement Président d'OxyGenève et médecin responsable du CIPRET-Genève, constitue, pour la prévention du tabagisme, le premier procès de santé publique en Suisse. Les auteurs relateront les péripéties d'une telle démarche, cette communication ayant lieu à Montréal, à quelques jours des plaidoiries en appel devant la Chambre pénale de la Cour de Justice de Genève. Les co-auteurs ont dénoncé notamment la fraude scientifique sans précédent organisée par les cigarettiers et à laquelle a participé secrètement le Professeur Rylander. Nous aborderons le rôle déterminant d'Inbifo, l'institut scientifique de Philip Morris à Cologne, Allemagne, et l'organisation de symposia scientifiques par le Professeur Rylander. En première instance, le Tribunal de police de Genève a condamné les représentants de la prévention du tabagisme, malgré que le Tribunal ait reconnu :- que l'indépendance du Dr RYLANDER "a pu être entravée par les agents de son bailleur de fond"; - que le Dr RYLANDER souhaitait "maintenir une apparence de chercheur indépendant, ce qui sous-entend qu'il ne l'est pas"; - que les résultats de recherches "effectuées par lui ont été retouchés"; - que "les bases établies avant l'initiation d'une recherche ont été modifiées, de sorte que les résultats puissent être conformes aux attentes des pourvoyeurs de fond"; - des indices troublants de conflits d'intérêts potentiels entre les observations scientifiques effectuées par le Dr RYLANDER et le financement non annoncé de ses recherches par l'industrie du tabac. Vous pouvez d'ores et déjà consulter les documents et la presse relatifs à l'Affaire Rylander sur le site www.prevention.ch/rylanderpm.htm

Communication orale, atelier 26

**Dr Jean-Charles RIELLE**, Pascal DIETHELM

JOURNEES MONDIALES SANS TABAC, SPONSORINGS SPORTIFS ET CULTURELS A GENEVE : SUR LE TERRAIN DES CIGARETTIERS !

Avec le soutien moral, politique et financier de la Direction générale de la santé du Département de l'action social et de la santé de la république et canton de Genève, le CIPRET-Genève, organisme faîtier cantonal, a développé, depuis 11 ans une politique de sponsorings sportifs et culturels à Genève. Cette politique a été récompensée à 2 reprises par l'Organisation mondiale de la santé. Les auteurs décriront aussi les 2 dernières journées mondiales sans tabac, sur les thèmes respectifs de la fumée passive et du sport sans tabac, organisées par le CIPRET-Genève et OxyGenève, association pour la protection des non-fumeurs.

Communication orale, atelier 17

**Dr Alain ROCHON**

LE PROJET VERS DES ECOLES SANS FUMEE EN ESTRIE AU QUEBEC : LECON A TIRER DE SIX ANS D'EXPERIMENTATIONS

Les interventions efficaces auprès des jeunes sont connues. Malheureusement au niveau francophone les interventions en milieu scolaire sont souvent difficiles à implanter. Cette présentation porte sur un projet qui se poursuit depuis 1996 auprès de 30 écoles secondaires (12-17 ans) en Estrie au Québec. Un budget annuel de 80,000$ est remis à 7 ressources locales (Centre local de santé communautaire) qui soutiennent les écoles pour implanter des actions de prévention, cessation et protection. Les leçons à tirer seront présentées et serviront de matière première à un partage sur les bons coups et les difficultés d'implanter des actions efficaces en milieu scolaire.

Communication orale, atelier 7

**M. Chris ROSENE**, Charles WARREN, Geneviève BARON, Maxime DRABO, Gérald LEREBOURS , Magagi DAGA

L'ENQUETE MONDIALE SUR LE TABAC ET LES JEUNES DANS LES PAYS FRANCOPHONES

L'enquête mondiale sur le tabac et les jeunes (GYTS) a été lancée en 1998 par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour renforcer le potentiel des pays de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs programmes de lutte contre le tabagisme. Cette étude, menée dans les écoles, utilise des méthodes d'échantillonnage communs afin de recueillir des données de manière économique et efficace. L'Association canadienne de santé publique (ACSP) s'est ralliée à cette initiative en 1999 et, à l'aide de fonds fournis par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), elle a permis d'étendre l'étude à plusieurs pays où elle a établi des partenariats avec des associations de santé publique. Trois pays francophones, le Burkina Faso, Haïti et le Niger, ont mené cette étude avec l'appui de l'ACSP. Le soutien offert par le Canada s'est révélé essentiel à l'expansion de l'étude au pays francophones en voie de développement, qui comprennent également le Tchad, le Mali, la Mauritanie et le Sénégal. Grâce à une collaboration efficace entre les institutions, cette enquête a connu une croissance rapide. En l'espace de trois ans, l'enquête a été mise en œuvre dans 96 pays. Quarante-quatre autres pays recevront une formation en 2002, ce qui donnera un total de 140. Il s'agit de fournir des données comparables afin de permettre au milieu de la santé publique d'étudier le problème du tabagisme chez les jeunes et d'y remédier. La présentation permettra d'expliquer le processus utilisé pour mener l'enquête, en faisant particulièrement référence à l'expérience de trois pays francophones : le Burkina Faso, Haïti et le Niger. Les principales questions découlant des études seront présentées, y compris les conséquences potentielles pour la lutte contre le tabagisme chez les jeunes d'âge scolaire.

Communication orale, atelier 32

**M. Axel ROUCLOUX**

APPROCHE DU TABAGISME DANS UNE PERSPECTIVE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN COMMUNAUTÉFRANCAISE DE BELGIQUE

En Communauté française, les actions de prévention tabac s'inscrivent dans la prévention des assuétudes définie par le programme quinquennal (1998-2003) comme matière prioritaire. Par prévention des assuétudes, on entend les drogues licites (tabac, alcool, médicaments psychoactifs) et les drogues illicites, douces ou dures. Un budget de 1.239.470 euros est alloué chaque année à différents programmes de prévention des assuétudes, permettant de développer de l'information, de la formation, des recherches, des publications et le recueil des données épidémiologiques. Notre réflexion s'inscrit dans le concept de promotion de la santé tel que définis par la Charte d'Ottawa en 1986, et par le Décret de 1997 de la Communauté Française qui élargit la prévention par une approche participative. Elle considère la personne ou le groupe comme un interlocuteur actif et tient compte de l'environnement global de la personne ou du groupe : social, culturel, familial, professionnel et physique. Cette logique nous amène dans un questionnement plus large des représentations sociales, des comportements et des facteurs déterminants qui conduisent les personnes à consommer ou ne pas consommer tel ou tel produit. Elle nous invite à élargir le champ de nos ressources disponibles à l'extérieur du secteur médical, à entrer dans une dimension intersectorielle et de diversité, et à proposer des approches complémentaires à celles qui existent déjà. Avant la présentation des différentes stratégies utilisées pour la mise en place de ce programme, il est utile de présicer la position éthique et déontologique de notre Ministre de la santé qui s'inscrit résolument dans un refus de tous financements d'action de prévention auprès des jeunes par toutes firmes ou associations ayant de près ou de loin un rapport avec les cigarettiers. Les stratégies d'actions utilisées dans ce programme portent sur : - Un changement des pratiques et des mentalités dans le rapport des acteurs de terrain au tabagisme en proposant des alternatives aux actions préventives seulement axées sur la dissuasion, l'interdiction, l'utilisation de la peur, les discours paternalistes ou moralisateurs. Pour les compléter par des approches ciblées sur l'individu et sur sa capacité à faire des choix pour sa santé. - Favoriser la diffusion de l'information et les pratiques intersectorielles avec de nouveaux partenariats au sein des municipalités. - Favoriser l'émergence et la réalisation d'outils de prévention considérant la personne dans sa globalité et pas seulement centrés sur le produit. Et intégrant la dynamique participative et interactive. - La formation de professionnels de la santé et autres à l'approche du tabagisme dans une perspective de promotion de la santé. - Un recueil des données épidémiologiques permanent, permettant de comprendre et d'évaluer l'installation du tabagisme auprès des jeunes. Contact: Axel Roucloux, 136 rue Henri Lecocq, 5000 Namur-Belgique Tél:0032 81 /81.36.97
E-mail: axel.roucloux@skynet.be

Communication orale, atelier 32

**M. ALAN RUELLAND**, Joël MÉNARD, Béatrice LE MAITRE

"CDTLog/CDTnet", UN OUTIL INFORMATIQUE D'ÉVALUATION NATIONALE DES CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE EN FRANCE

La circulaire ministérielle DH/EO2/2000/182 du 3 avril 2000 encourage le renforcement et le développement de consultations d'aide au sevrage tabagique dans les établissements hospitaliers publics et privés. Des moyens financiers supplémentaires ont été alloués aux régions, à la condition explicite qu'une évaluation qualitative et quantitative continue des activités soit mise en place. Le projet CDT a développé le support informatique pour le recueil national des informations sur le profil des consultants. Ce projet propose un cadre structuré et standardisé visant à homogénéiser les pratiques médicales entre les consultations. La sélection de paramètres informatifs a été faite dans 3 axes d'investigations :la dépendance(3 items), les antécédents psychologiques(6 items), l'évaluation de l'état somatique (8 items). Le recueil des informations sur le profil des fumeurs se fait directement en ligne sur Internet ou à l'aide du logiciel, les données étant télé-transmises périodiquement vers la base nationale. Outre sa fonction de dossier-patient électronique avec rappel à six mois, le système permet de suivre en permanence l'évolution de la clientèle (module statistique). Un site Internet présente les données agrégées par région et à l'échelle du territoire. Cette expérience méthodologique, originale et unique en France, fournit un support fiable et objectif d'exploitation pour des études épidémiologiques futures. Après un an et demi, le système est stabilisé: plus de 4760 dossiers ont été télé-transmis. Ils sont issus de 32 centres qui participent activement au projet. Sur la base de ces dossiers, le premier travail d'investigation a porté sur la validation des tests d'évaluation clinique (Fagerström, CO expiré, échelle HAD et DETA) puis sur la comparaison du profil des fumeurs examinés par référence aux données démographiques sur le tabagisme de la population nationale. Les consultants sont plus âgés et plus souvent de sexe féminin que ne le sont les fumeurs dans la population générale.




Communication orale, atelier 10

**M. Inoussa SAOUNA**

PROCES CONTRE LES FIRMES DU TABAC AU NIGER

Contexte juridique : En 1984, à la suite des alertes lancées par L'OMS quand au effets dévastateurs de la consommation du tabac sur les populations, le gouvernement nigérien a pris un arrêté No 35/DCP/ / du 12 octobre 1984. Cet arrêté (voir en annexe) stipule interdiction de toute forme de publicité des tabacs et cigarettes sur tout le territoire nigérien. En 1992, le gouvernement a pris une nouvelle disposition pour abroger l'arrêté 035, et le remplacé par un autre qui est moins rigoureux et ambiguë. Ainsi, l'arrêté No 42/MCT/DCP/SEC su 06 octobre portant réglementation de la publicité des tabacs et cigarettes qui est la seule disposition juridique en vigueur au Niger. Ce nouvel arrêté stipule l'interdiction de la publicité des tabacs et cigarettes au Niger sur tous les supports de communication de masse, tel que la Radio, la Télévision, et les journaux, et sur les panneaux et affiches publiques. C'est sur le base de cet arrêté 042/MCT/DCP/SEC que la procédure judiciaire a été engagé contre les firmes du tabac. Les parties et le motif du procès. : Les firmes du tabac qui exercent sur le territoire nigérien, avaient pendant longtemps mener leurs activités de publicités de façon outrancières en direction des populations. Cette pratique se déroule en violation des dispositions réglementaire en vigueur. Le manque de contrôle de l'application des lois a favorisé la continuité de cette pratique. Ainsi avec la création en 1999 de la première organisation qui lutte contre le tabac au Niger, SOS Tabagisme-Niger, les choses commencent a être dénoncé. Par divers moyens, SOS Tabagisme-Niger a régulièrement dénoncé les pratiques illégales qu'utilisent les firmes du tabac pour recruter les nouveaux fumeurs dans la populations principalement les jeunes. En effet, l'alinéa premier de l'article premier de l'arrêté N° O42/MCT/SEC/CC du 06 octobre 1992 portant réglementation de la publicité des tabacs et cigarette au Niger stipule que " la publicité sur les tabacs et cigarettes est interdite au Niger sur les supports de communication de masse (radio, télévision, presse écrite) de même que sur les panneaux et affiches publiques". En dépit de cette disposition très claire, ces firmes du tabac opèrent la publicité du tabac au biais de caisse, de kiosque, parasols, d'enseignes lumineuses et des affiches et panneaux publics à travers Niamey et à l'intérieur du pays. Il fallait dés lors agir pour d'une part arrêter ce type de publicité manifestement illégale et d'autre part faire payer aux firmes leur forfait par une réparation des préjudices. Les motifs de ce litige sont multiples, elle se rapporte dans un premier temps à la violation de l'arrêté sur la publicité des cigarettes par les firmes du tabac et au mépris affiché par ces derniers aux objectifs de SOS Tabagisme-Niger qui sont entre autres, la sensibilisation sur les dangers du tabac, des actions pour amener les autorités à restreindre la vente et la promotion du tabac au Niger ; la protection des non-fumeurs etc.. A la requête de l'association SOS Tabagisme-Niger, une poursuite a été engagée par Maître Karimou Hamani Avocat à la Cour du tribunal de Niamey, contre cinq firmes du tabac au Niger.
Il s'agit de :- SODENI: société qui représente Philip Morris au Niger - TMC: Société qui représente la BAT au Niger - SITAB-NIGER: Société représentant le consortium français Coralma Internationl - SNIR: Société représentant la firme MELFINCO - Groupe Kora : Représentant la Bulgare Tobacco Holding (BTH). Sur la base des articles 1382 du code civil et de l'article premier et alinéa premier de l'arrêté 042/MTC/SEC/CC du 06 octobre, SOS Tabagisme-Niger demande à la justice de faire injonction au requise cité plus haut de cesser toute publicité sur les cigarettes contre astreinte de cinq cent mille francs (500.000) par jour de retard, et de les condamner solidairement à payer à la requérante la somme de cinq cent millions de francs CFA ( 500.000.000) à titre de réparation. Dans cette action c'est la théorie générale de la responsabilité civile sur la base d'article 1382 du code pénal par la procédure ordinaire, qui a été utilisée.

Communication orale, atelier 3

**M. Inoussa SAOUNA**

TACTIQUES DE DISSUASION, INTIMIDATION ET CORRUPTION: LE CAS D'UN PROCES AU NIGER

L'assignation en justice de 5 firmes du tabac pour le non-respect de la législation qui interdit la publicité au Niger ne pouvait se faire sans résistance de celles-ci. Cette résistance de l'industrie a pris et prend plusieurs formes: Tentatives de corruption envers certains membres du bureau de SOS Tabagisme –Niger, tentative de marginalisation du président de l'association considéré comme "extrémiste",trafics d'influence pour divertir l'opinion, appels téléphoniques anonymes et autres menaces qui ont conduit SOS Tabagisme-Niger à demander au Ministre de l'intérieur que la sécurité du président de l'association soit assurée, tentatives de manipulation des médias pour discréditer l'intervention mais sans succès. Outre ces tentatives d'intimidation et d'influence, les firmes du tabac tout au long de la procédure ont tenté de dissuader SOS Tabagisme et alliés en déployant leur force, en gagnant du temps et en préparant d'autres moyens leur permettant d'échapper à l'application de la loi. Dés l'ouverture (février 2002) de l'audience au Niger, une kyrielle d'avocat au nombre de 12 au service de l'industrie demande un premier report du procès, puis un second report est demandé et accordé en avril. L'action toutefois la plus spectaculaire entreprise par les firmes du tabac a été sans doute la tentative de manipulation du Ministère du commerce pour élaborer un nouvel arrêté favorable avant la tenue du procès (juin) . En effet, depuis plus de deux ans, l'association SOS Tabagisme-Niger correspond régulièrement avec le Ministère du commerce pour le tenir informé des pratiques illégales des firmes du tabac, sans aucun écho favorable. Ce qui a conduit SOS Tabagisme-Niger a saisir les tribunaux. Mais aussi curieux que cela puisse paraître, le 29 mai 2002 soit une semaine avant le procès, le Ministère du commerce adresse une lettre au président de SOS Tabagisme l'invitant à une réunion dite de concertation sur la publicité des cigarettes au Niger. A cette correspondances a été joint un document intitulé code de réglementation de la publicité des cigarettes au Niger. A la lecture du document certains passages sont proprement scandaleux. En effet on lit dans le document, qu'il est convenu qu'une controverse existe quant aux effets du tabac sur la santé, et que fumer est une habitude d'adulte. A partir de ces deux points la réunion paraît douteuse. Les responsables de SOS Tabagisme se sont tout de même rendus à la réunion à laquelle ont participé les représentants du Ministère de la Justice, des firmes du tabac, et des associations de consommateurs du niger. Cette réunion a permis de découvrir que le fameux code de réglementation de la publicité des cigarettes au Niger est un document préparé par les firmes du tabac et est proposé pour servir de base de discussion pouvant aboutir à un nouvel arrêté. Les participants à la réunion notamment SOS Tabagisme-Niger, le Ministère de la Santé, et l'organisation des consommateurs ont rejeté ce code et dénoncé ainsi une manœuvre des firmes du tabac visiblement soutenue par le Ministère du commerce. Le Ministère de la santé a fait une nouvelle proposition de loi qui est très positive avec le soutien de SOS Tabagisme-Niger. Enfin la réunion a demandé que soit mise de côté toute idée d'élaboration d'une nouvelle disposition jusqu'à la fin procès. Les avocats des firmes du tabac ont demandé pour la troisième fois de suite un report du procès jusqu'au 21 août 2002. Selon notre information ce report est le dernier possible légalement. Le président de SOS Tabagisme-Niger fera le point sur le dénouement du procès.

Séance poster 20

**Mme Anne Marie SCHOELCHER**, François RUFF

RESEAU HOPITAL SANS TABAC : UNE STRATEGIE DE CONTROLE DU TABAGISME AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE.

C'est plus de 250 hôpitaux adhérents, et 80.000 professionnels de la santé. Objectifs : - Prévenir le tabagisme, faire respecter la législation - Faciliter l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac - Diminuer la prévalence des pathologies liées au tabac. Démarche : - De prévention, éducation à la santé envers les patients, les consultants, le grand public; avec l'ensemble des professions de santé de l'hôpital. - C'est un engagement marqué dans un programme de maîtrise du tabagisme organisé en réseau. Des moyens : - Une charte Hôpital sans Tabac. - Des comités hospitaliers de prévention. -Des critères d'accréditation et de qualité. - Une signalétique. Des actions : -Une politique définie de communication et d'information. - Des programmes validés de formation. - Création d'unités de coordination et liaisons tabagiques. - Dépistage et prise en charge des dépendances. - Aide à la motivation et à l'arrêt. - Mesure systématique du CO. - Création de réseaux spécialisés (maternités et psychiatrie). - Développement de réseaux régionaux.

Séance poster 19

**Mme Anne Marie SCHOELCHER**, Bertrand DAUTZENBERG, Allan RUELLAN, Loïc JOSSERAN, Marie Dominique DAUTZENBERG, Annick DEVEAU

MESURE DU CO EXPIRE EN POPULATION GENERALE

Introduction : La mesure du CO est un marqueur de l'exposition au tabagisme et à la pollution. Une étude a été conduite le 31 mai 2001 dans les hôpitaux de l'AP-HP afin de déterminer la corrélation entre CO expiré et exposition déclarée à la fumée du tabac. Méthodes : Tous les hôpitaux de l'AP-HP ont été invites à participer sur la base du volontariat. Le jour sans tabac, les personnels visiteurs et patients étaient invités à mesurer leur CO expiré. Il était noté le type d'exposition : fumeur de cigarette, de cigare ou de pipe. Le nombre d'items fumés ou le nombre d'heures d'exposition à la fumée des autres pour les non-fumeurs étaient notés en regard du taux de CO. Dès que 20 mesures étaient effectuées, elles étaient transmises via Internet et analysées en temps réel par centre et globalement. Résultats : Sur 6930 mesures, le taux moyen de CO expiré est de 3.3±3.4ppm chez les non-exposés, 4,4±2 chez les non-fumeurs exposés au tabagisme passif (4,1±3,4 ppm si moins de 2 heures, 6,0±8,0 si plus de 10 heures). Le taux de CO est de 5,6±5,3 chez les fumeurs de 1-2cig/j, 7,5±6,1 chez les fumeurs de 3-5cig/j, 13,8±8,4 chez les fumeurs de 6-10cig/j, 17,7±9,9 chez les fumeurs de 10-15cig/j, 22,0±11,1 chez les fumeurs de 16-20cig/j, 26,7±12,1 chez les fumeurs de 21-25cig/j, 28,6±14,4 chez les fumeurs de >25cig/j. Le taux de CO expiré est 5,6±5,3 pour 1-2 cigares, 21,9±12,2 pour 6-10 cigares. Conclusion : Le taux moyen de CO expiré est fortement corrélé à l'exposition. Les résultats obtenus en 2002 sur une population 3 fois plus importante confirment ces données.

Communication orale, atelier 40

**Mme Anne-Marie SCHOELCHER**, François RUFF

LE RESEAU FRANCAIS HOPITAL SANS TABAC

INTRODUCTION: La lutte contre le tabac est un problème de santé publique qui mobilise les professionnels de santé au sein des structures hospitalières, lieux d'accueil et de prise
en charge des populations. Ils jouent un rôle majeur dans le changement de l'image sociale du tabac et l'aide à l'arrêt des fumeurs dépendants. Le Réseau Hôpital sans Tabac, qui compte déjà plus de 250 établissements, est un bon vecteur de cette mobilisation car les moyens restent faibles comparés à ceux des acteurs de l'industrie. METHODE: Utiliser le cadre spécifique de l'hôpital, lieu de soins, de prévention, d'enseignement et recherche, où les comportements qui y sont observés prennent plus qu'ailleurs valeur d'exemple pour tout ce qui concerne la santé, pour agir auprès des patients, consultants, visiteurs et mettre en place les stratégies qui conduisent, dans le respect de la législation, à l'Hôpital sans Tabac. Les moyens sont: - La mise en place de la CHARTE HOPITAL SANS TABAC, des Comités Hospitaliers de Prévention, des critères d'accréditation. - Le développement des Unités de Coordination Tabac (UCT) pour la tabacologie de liaison, des consultations d'aide au sevrage, les actions de formation. - La généralisation de la substitution nicotinique gratuite pour le personnel et les patients hospitalisés. - Le développement de la stratégie de Réseau, au niveau régional, national et européen. - L'initiation de réseaux spécifiques: Réseau des maternités sans tabac, des hôpitaux psychiatriques, des écoles de formation paramédicales, des facultés de médecine. CONCLUSIONS: Les hôpitaux constituent des sites privilégiés pour contribuer efficacement à l'éducation et la promotion de la santé, promouvoir l'action en Réseau pour lutter contre le tabagisme et contribuer à la diminution des pathologies liées au tabagisme.

Communication orale, atelier 37

**Dr Karen SLAMA**

LES MEDICAMENTS ET L'AIDE A L'ARRET DE LA CONSOMMATION DU TABAC

L'usage du tabac est un phénomène de société. Le contexte culturel, social et économique, aussi bien que les facteurs psychologiques, influencent le fumeur du démarrage du tabagisme jusqu'à l'arrêt définitif. Les aspects de dépendance à la nicotine, aussi importants qu'ils soient, peuvent occulter l'ensemble des autres aspects qui constituent le rapport qu'un individu entretient avec le tabac, surtout dans le domaine de l'aide à l'arrêt. Il existe actuellement plusieurs sortes de médicaments pour aider les gens à arrêter. Ces médicaments permettent aux fumeurs de mieux gérer l'arrêt sans trop souffrir des effets de manque physique. L'arrêt est aussi influencé par le contexte. Un environnement qui ne valorise pas le tabagisme, une opinion publique qui encourage l'arrêt, une législation qui limite les incitations à devenir ou rester fumeur sont autant de facteurs qui influencent la diminution des taux de tabagisme dans une population. De plus en plus, en Occident, on aide les individus à arrêter le tabac avec des médicaments, et de plus en plus, on arrête d'étudier d'autres modalités d'aide à l'arrêt. Pourtant, il ne faut pas oublier le coût. Des 1,1 milliard de fumeurs dans le monde, 800 millions vivent dans des pays à faible revenu. Les fumeurs d'aujourd'hui dans l'Occident sont sur-représentés chez les défavorisés, et ce phénomène se voit déjà dans les pays en développement. Actuellement, dans beaucoup de ces pays, le contexte n'est pas encore favorable à l'arrêt, ce qui veut dire qu'il y a peu de demande d'aide à l'arrêt. Mais cela va changer. Dans les pays où il est difficile de se procurer les médicaments pour guérir les maladies infectueuses comme la tuberculose, où il y a peu d'argent et beaucoup de main-d'oeuvre, nous manquons à notre devoir si nous ne développons pas des programmes non médicamenteux d'aide à l'arrêt individuel.

Communication orale, atelier 29

**Mme Lise ST-CYR**, Renée LAFRENIÈRE , Isabelle LEMIEUX

TROUSSE SAM ALLUME

Dans le cadre de ses activités de prévention du tabagisme, la Direction de santé publique de Lanaudière, en collaboration étroite avec deux intervenantes des CLSC-CHSLD Meilleur et d'Autray, ont conçu un outil pédagogique et d'animation destiné aux intervenants scolaires et communautaires et qui répond à des besoins manifestés par des intervenants au niveau secondaire. La trousse « Sam Allume » s'adresse aux jeunes de 12 à 17 ans et est le « frère ado » de Sam Chicotte qui s'adresse aux classes de 6e année du primaire. Cette trousse a été conçue pour faciliter la tâche aux différents intervenants et leur offre un ensemble varié d'activités et de matériel qu'ils peuvent utiliser dans le cadre de leurs interventions en matière de prévention et de cessation du tabagisme. Notons également que la trousse est aussi utilisée dans le cadre d'activités académiques (anglais, biologie, français, histoire) ou lors de la tenue de kiosques d'information. La trousse contient un guide d'animation, du matériel visant la dénormalisation de l'industrie du tabac, des outils d'aide à la cessation, des vidéos, des affiches, des exemples de produits contenus dans le tabac. Conçue en 2001, la trousse a été utilisée pour la première fois au cours de l'année scolaire 2001-2002. Au cours de la présentation, une évaluation de satisfaction de plusieurs intervenants qui ont utilisé les différents outils sera divulguée.

Communication orale, atelier 31

**Dr Anne STOEBNER-DELBARRE**, Sylviane RATTE, Albert HIRSCH

FACTEURS D'EFFICACITE DES PROGRAMMES D'ARRET TABAGIQUE CHEZ LES JEUNES

La majorité des adolescents fumeurs souhaite mettre un terme à leur dépendance. Environ un adolescent fumeur sur deux a déjà tenté au moins une fois d'arrêter de fumer. Parmi ceux qui ont essayé d'arrêter de fumer seul un faible pourcentage y parvient. Quelques programmes ont été mis en place pour aider les jeunes à arrêter de fumer avec souvent des résultats limités. Nous proposons d'identifier à partir d'une revue de la littérature les facteurs importants pour augmenter les chances d'efficacité des programmes de sevrages tabagiques chez les jeunes. Résultats La réalisation d'une enquête de marketing social avant la mise en place d'un programme permettrait de mieux connaître les besoins et les motivations des jeunes à l'arrêt et donc de proposer des programmes plus adaptés. Cette action sur les lieux de vie des jeunes doit être intégrée dans une politique globale contre le tabagisme qui limite les consommations de tabac et favorise les tentatives de sevrages. Les moyens pour attirer et maintenir les jeunes dans les programmes sont fondamentaux. Orienter l'action sur des populations captives par classes ou la baser sur une seule théorie cognitivo-comportementale, sociale etc. est contre productif. Les jeunes interrogés insistent sur l'accessibilité, la commodité, la souplesse du programme, son prix abordable et l'aide et le soutien social. La peur semble pouvoir être utilisée comme facteur incitatif à l'arrêt, dès lors qu'une infrastructure est mise en place pour prendre en charge ceux qui souhaitent arrêter de fumer. La dépendance nicotinique doit être reconnue et prise en charge. Une validation biochimique de l'arrêt assure une fiabilité des résultats. Conclusion De nombreux facteurs sont importants lors de la mise en place d'un programme d'arrêt du tabagisme chez les jeunes. Des programmes de recherche sont nécessaires pour mieux connaître leurs besoins et leurs motivations et mieux prendre en compte leurs dépendances.

Communication orale, atelier 25

**Dr Anne STOEBNER-DELBARRE**, Hélène SANCHO-GARNIER, Adel ADRA, Alain COLMAS, Olivier ROZAND

IMPACT D'UN MODULE DE FORMATION DESTINE A CHANGER LES PRATIQUES DES MEDECINS
PREMIERS RESULTATS DE L'ESSAI CONTROLE RANDOMISE « MG TABAC LR »

La participation des médecins dans l'aide à l'arrêt du tabagisme reste limitée malgré les publications de Guidelines. Les méta-analyses montrent que les formations réalisées ont peu d'impact sur les pratiques des professionnels. Objectif L'objectif de ce travail est de mesurer l'impact d'une nouvelle méthode de formation sur les pratiques des médecins de famille (MG) grâce à un essai contrôlé randomisé. Méthode La méthode de formation a été construite à partir des modèles de changement des comportements et des facteurs identifiés en pédagogie adulte comme susceptibles d'avoir un impact sur les pratiques. Des exercices basés sur la théorie de l'Action Raisonnée et la théorie de l'apprentissage social ont permis d'aborder la prescription de substituts nicotiniques. Une méthode et des outils de suivi ont été donnés pour les patients et les MG en fonction du Modèle d'évolution du changement comportemental (Transtheoritical model of Change). L'évaluation de l'efficacité du programme a été réalisée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé impliquant 89 MG répartis par tirage au sort dans le groupe formé (GF) ou dans le groupe témoin (GT). Résultats Les médecins formés initient deux fois plus de sevrages tabagiques ($p<0,05$), assurent plus de suivi, donnent plus de brochures (77,6% des MG GF contre 19,2% des MG GT, $p<0,001$) et prescrivent plus de substituts nicotiniques que leurs collègues non formés (61,8% dans le GF contre 34,6% dans le GT, $p<0,0001$). Ces résultats sont maintenus 24 mois après la formation. Conclusion Le module de formation « MG Tabac LR » modifie les pratiques des médecins. Les facteurs d'aide aux changements utilisés sont : les réactivations des connaissances, la remise d'outils, et des exercices basés sur les théories des changements de comportements pour modifier les attitudes et les croyances et faciliter le passage à l'action des médecins dans le domaine du sevrage tabagique.




Communication orale, atelier 29

**Dr Jérôme TALMUD**, Anne-Marie BEGUE-SIMON

FLAMME OLYMPIQUE OU FLAMME DE BRIQUET, IL FAUT CHOISIR !

C'est un cri d'alarme destiné à réveiller les consciences de nos responsables afin d'éviter davoir à recueillir le dernier souffle de nos générations futures. Nous savons que les jeunes français âgés de 12sont champions d'Europe du tabagisme et près d e60% des 18 ans sont fumeurs. Comment sommes-nous arrivés à ce constat ? et surtout comment ne pas être effrayé devant la chronique d ecette catastrophe sanitaire annoncée ? Près de 70 000 décès annuels ( 8 fois plus que par accidents d ela route) sont dus au tabac et 3 000 000 d'invalides cardio-respiratoires dont on passe pratiquement leur existence sous silence. de très nombreux travaux traitent des méfaits de la nicotine et des produits contenus dans les différents tabacs pour privilégier l'aspect préventif que peut constituer la pratique sportive chez les enfants et les jeunes. la diminution des ventes de cigarettes observée en France n'est pas expliquée par la réduction du tabagisme des jeunes; de récentes statistiques indiquent qu'à 16 ans, 41% des fumeurs français sont dépendants à la nicotine. mais 3% des adolescents commencent à fumer à 12 ans. depuis 10 ans l'association Pays-basque Contre le Tabagisme oeuvre dans le domaine d ela prévention du tabagisme chez les jeunes par le sport. 1994 : 4123 scolaires enquétés : 40% de fumeurs consommant en moyenne 20 cigarettes/jour. Agé d'entrée 12,57 chez les garçons, 14,09 chez les filles. 1997 : 7002 licenciés sportifs de 9 à 75 ans. il y a à l'époque près de 40% d efumeurs en France mais seulement 20,17 chez les sportifs interviewés.Plus le niveau de compétition est élevé, et moins il y a de fumeurs. les sports individuels et/ou à haute dépense énergétique comptent soit une proportion nulle soit faible de fumeurs tandis que les sports collectifs rassemblent entre 40 et 50% de fumeurs. la sous-population des jeunes a retenu particulièrement l'attention : 1024 élèves ont été enquêtés / 31,9 % de fumeurs avec 35% chez les filles contre 30% chez les garçons. Lorsqu'une pratique sportive extra-scolaire existe, dans 65% des cas, il n'ya plus que 18% de fumeurs. les filles sont toujours plus nombreuses; des disparités importantes apparaissent dans les proportions d efumeurs suivant le type d'enseignement. on trouve une forte majorité chez les élèves de lycée d'enseignement professionnel. L'age moyen d'entrée dans le tabagisme, pour l'INSERM, à l'époque est de 13 ans pour les garçons et de 13,5 pour les filles. Dans notre étude, il est de 13,8 pour les garçons et de 13,9 pour les filles. Une nouvelle étude a été faite en 1997 auprès de2700 élèves de collège. En 6ème (première année du secondaire), 8,5% des enfants fument âge moyen : 11,9 la consommation moyenne est de 4,3 cigarettes /jr. l'âge d'entrée dans le tabagisme est de 11,7 chez les garçons, 11,6 chez les filles. En 3ème, dernière classe de collège, 18,3% des élèves fument âge moyen 15,5 ans. On note un très net abaissement de l'âge de début du tabagisme. Pourquoi? la région frontalière du pays basque facilite l'accès au tabac...Il nous semble que le Sport-prévention a sa place dans la réduction de l'importance du tabagisme des jeunes. en effet, l'enquête 2000, tant locale qu'européenne indique qu'il y a trois fois moins de fumeurs chez les garçons et deux fois moins chez les filles lorsqu'une activité sportive extra-scolaire est pratiquée. Peut-on envisager une refonte du calendrier scolaire et une extension massive des équipements sportifs et des temps consacrés au sport dans le système éducatif français ? C'est une question politique et un choix de société.L'APBCT est bien décidée à accentuer ses efforts de prévention vers les jeunes en s'adressant à ceux qui ont de 8 à 11 ans.

Communication orale, atelier 1

**M. LeroTCHASSAO**

ALERTE! AGRESSION DES MULTINATIONALES DU TABAC EN AFRIQUE FRANCOPHONE: LE CAS DU TOGO

Introduction: Petit pays de l'Afrique Occidentale, le Togo a une population d'environ 5 millions d'habitants et constitue une plaque tournante dans le commerce de la sous région . Sa façade maritime est une incontournable perche de ravitaillement en produits manufacturés pour les pays du Sahel. L'extrême jeunesse de sa population , selon les demières statistiques ( 51%) font du Togo un point stratégique pour les multinationales de tabac. L'industrie: Malgré la faiblesse du pouvoir d'achat des togolais, les chiffres montrent que le Togo est un grand importateur des produits du tabac. En effet, sur le marché togolais , on rencontre plus d'une vingtaine de marques de cigarettes ; ce qui oblige ces marchands à rivaliser d'ardeur pour acquérir, maintenir et à accroître la clientèle au profit de leurs produits. Pour atteindre leurs objectifs, les multinationales de tabac n'hésitent pas à exploiter, à dessein le vide juridique qui persiste malheureusement pour faire de la publicité tant aussi mensongère qu'agressive souvent tapageuse et toujours liée aux activités qui attirent les jeunes. Le vrai scandale : La contrebande. Reconnu pour n'avoir aucune unité de production de tabac et des produits du tabac, le Togo , paradoxalement est un pays exportateur de tabac et des produits du tabac. Par exemple , et le simple jeu d'établissement des états de rapprochement laisse apparaître des différences difficiles à expliquer . Inutile de chercher loin, la perméabilité des frontières appuyée par les coups de corruption sont la petite raison. Conclusion: Ce qui est refusé ailleurs, car étant malsain à la consommation trouve place chez nous. L'Industrie du tabac a réussi à inculquer aux jeunes togolais un lien entre ses produits, et entre autres la musique et le sport . l'ONG ATLAT s'investie à agir contre les agressions de l'industrie du tabac et contrer son l'avancée pernicieuse et dangereuse.

Communication orale, atelier 31

**Pr Daniel THOMAS**

« JAMAIS LA PREMIERE CIGARETTE » : UNE CAMPAGNE CONCUE ET REALISEE PAR DES JEUNES DE 10 A 15 ANS

Chaque année depuis 1998 la Fédération Française de Cardiologie (FFC) organise l'opération « Jamais la première cigarette », destinée à sensibiliser les jeunes de 10 à 15 ans aux méfaits du tabac et les inciter à ne pas commencer à fumer. Plutôt que d'imposer un message d'adulte il a été choisi de les rendre « acteurs » de ces campagnes. Des milliers de jeunes ont ainsi été mobilisés annuellement autour de deux objectifs : 1. Une enquête réalisée auprès de jeunes de leur âge, fumeurs ou non, à partir d'un questionnaire conçu par eux-mêmes sur le thème « pourquoi accepter ou refuser la première cigarette ». Ces enquêtes ont apporté des éléments d'information fondamentaux sur les pratiques, les connaissances et les opinions de ces jeunes et doivent permettre d'améliorer la communication sur ce thème auprès des jeunes de cet âge. L'enquête réalisée en 2001 a été validée par Harris Medical International. Ses résultats sont présentés lors de cette communication. 2. Un concours pour la réalisation de clips vidéo. Le principe est de leur faire concevoir un scénario avec réalisation d'un story-board faisant passer un message fort pour dissuader les jeunes de leur âge de commencer à fumer. Depuis 1998 parmi des centaines de projets, quatre story-boards ont été sélectionnés par eux-mêmes et mis en image par des équipes professionnelles sous forme de clips de 30 secondes diffusés à la télévision et au cinéma. Les clips réalisés sont présentés lors de cette communication. L'annonce de ces campagnes est réalisée à présent via un site internet www.jamaislapremiere.org ainsi que par deux journaux destinés aux collégiens et très utilisés par les enseignants pour les projets pédagogiques. La FFC s'est engagée à poursuivre cette action de prévention du tabagisme chez les jeunes dans les années à venir.




Communication orale, atelier 2

**M. Francis THOMPSON**

LES CIGARETTES « LÉGÈRES » ET LA LÉGISLATION SUR LA PROTECTION DU CONSOMMATEUR

Le fumeur est aussi un consommateur qui dispose à ce titre d'un certain nombre de droits vis-à-vis du fabricant. Au Québec, la Loi sur la protection du consommateur interdit plusieurs types de pratiques commerciales déloyales, dont le fait de « passer sous silence un fait important » (art. 228) ou de « s'appuyer sur une donnée ou une analyse présentée faussement comme scientifique ». (art. 239). Au niveau international, le droit à une information complète et véridique constitue l'une des pierres angulaires des Principes directeurs des Nations Unies pour la protection du consommateur. Les cigarettes dites « légères » ont été lancées à grand renfort de publicité aux années 1970, en s'appuyant sur les taux de goudron mesurés à la machine d'après la méthode ISO, qui ne reflètent pas les quantités réellement absorbées par le fumeur. Bien qu'ils aient été au courant du problème dès le début, les fabricants ne l'ont jamais signalé aux consommateurs. Ils ont aussi omis d'expliquer la fonction des trous de ventilation qui distinguent les « légères » des cigarettes classiques. Les plus récentes études et les documents confidentiels de l'industrie du tabac suffiraient amplement pour justifier une intervention des pouvoirs publics en vertu de la législation de protection du consommateur. Le Canada et l'Union européenne ont choisi d'autres moyens pour tenter d'éliminer les descripteurs trompeurs. Cependant, ce type de législation reste un point de référence important pour évaluer les pratiques commerciales des cigarettiers. À plus long terme, il faudra sans doute élaborer un régime réglementaire qui protège les fumeurs contre toutes sortes de fausses représentations.

Communication orale, atelier 49

**M. Francis THOMPSON**

LES TAXES SUR LE TABAC : COMMENT FAIRE BOUGER LES GOUVERNEMENTS

En 2001-2002, en l'espace de 14 mois, le prix pondéré des cigarettes au Canada a augmenté de 60 %, essentiellement à cause d'une série de hausses de taxes. Cette majoration a fait l'unanimité au sein de la classe politique et rallié l'ensemble des 13 provinces et territoires canadiens, malgré d'importantes divergences de vues sur d'autres questions fiscales. Cette belle unanimité n'est pas le fruit du hasard : elle est en bonne partie attribuable à plusieurs années de travail de lobbying par les organismes de santé. À la suite de la crise de la contrebande de 1993-94, il a fallu travailler fort pour réhabiliter l'idée des taxes sur le tabac aux yeux des électeurs et des gouvernements. Une des forces de la communauté de la santé a été sa capacité à élaborer des arguments qui répondaient aux préoccupations des différents ministères concernés (santé, finances, sécurité publique etc.). En dépit des différences économiques et culturelles, plusieurs de ces arguments seraient transférables à d'autres pays, notamment certains chiffres particulièrement percutants. Ainsi, on peut facilement calculer : 1. L'impact d'une hausse de taxes sur les recettes fiscales ; 2. L'impact sur la consommation et le nombre de fumeurs, et même sur la mortalité attribuable au tabagisme ; 3. L'impact sur le tabagisme juvénile. Par ailleurs, les comparaisons internationales de même que les révélations sur l'implication des fabricants dans la contrebande de cigarettes ont beaucoup contribué à l'évolution des mentalités. Le cas du Canada démontre que les organismes de santé peuvent, par un effort soutenu, influencer les politiques fiscales pour mieux protéger la santé publique.

Communication orale, atelier 4

**M. Guy Pascal Nakhan TOURE**

L'INDUSTRIE DU TABAC EN COTE D'IVOIRE

En Côte d'Ivoire, l'Industrie du tabac est en plein essor. En effet les industriels du tabac considèrent le marché ivoirien comme très porteur dans la mesure ou les mesures de lutte, particulièrement celles relatives à l'amenuisement de la publicité dans ce domaine sont timides. Au demeurant, les industriels arrivent à contourner la publicité directe en investissant massivement dans le sponsoring, allant même jusqu'à soutenir l'équipe nationale de Football. C'est dire que les pouvoirs publics ne font pas un véritable effort de lutte contre la propagation du fléau .De nombreuses émissions télévisées étaient, jusqu'à une période récente, tributaires des firmes de tabac , n'eurent été les actions des associations anti-tabacs associées à la sensibilisation de l'OMS. La taxe sur le tabac a été revue à la hausse, mais de manière très timide car ayant un impact assez faible sur l'économie des industries du tabac, cette hausse étant seulement de cinq F. CFA sur chaque cigarette. Concernant la protection des non fumeurs, il n'existe pas de loi protégeant ceux-ci contre l'inhalation de la fumée des fumeurs. Dans les lieux publics et les transports en commun, il n'existe pas d'espace réservé aux fumeurs afin de protéger les autres contre l'inhalation de leur fumée... Les actions actuelles entreprises par l'asdic et confortées par la convention cadre anti-tabac visent à sensibiliser les pouvoirs publics et la population pour la mise en place d'une législation plus répressives de la publicité et de la consommation du tabac..

Communication orale, atelier 36

**Dr Michèle TERMBLAY**, André GERVAIS

ANALYSE DE L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS EN CESSATION TABAGIQUE : IMPLICATIONS POUR LE QUÉBEC

Ayant pour rôle de « soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les Régies régionales dans l'exercice de leur mission de santé publique », l'Institut national de santé publique du Québec a publié en novembre 2001 un document sur les interventions en matière de cessation tabagique ayant fait l'objet d'évaluations rigoureuses. Pour chaque intervention retenue, on y retrouve une brève description, l'efficacité de la mesure, et un estimé de l'impact potentiel et des coûts d'implantation au Québec. Nous présenterons brièvement les interventions discutées qui incluent : la ligne téléphonique d'information et de référence ; le counselling téléphonique proactif ; le counselling individuel par les professionnels de la santé ; les approches pharmacologiques de sevrage de la nicotine ; le matériel autodidacte ; le counselling de groupe ; les approches de masse comme les « Quit and win » ; les politiques fiscales et l'accessibilité à des lieux publics et des milieux de travail où il est interdit de fumer. Par la suite, nous illustrerons à l'aide de deux tableaux combien d'ex-fumeurs chaque intervention pourrait générer au Québec et quels seraient les coûts de mise en œuvre. Enfin, nous terminerons en soulignant les principaux constats suscités par cette analyse et en soumettant quelques éléments de réflexion. Parmi ceux-ci se retrouvent l'importance de promouvoir le counselling individuel par les professionnels de la santé, la nécessité de poursuivre le financement des aides pharmacologiques de sevrage de la nicotine et des campagnes médiatiques sur la cessation, et enfin, la portée des hausses régulières des taxes sur la consommation de tabac.

Communication orale, atelier 25

**Dr Michèle TREMBLAY**, André GERVAIS, Chantal LACROIX, Jennifer O'LOUGHLIN, Héla MAKNI, Gilles PARADIS

« DES MÉDECINS ACTIFS POUR CONTRER LE TABAGISME », UN PROGRAMME D'INTERVENTION POUR OPTIMISER LES PRATIQUES DE COUNSELLING EN CESSATION TABAGIQUE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE MONTRÉAL

Le médecin est reconnu comme un intervenant de santé crédible par la population et plusieurs études ont démontré que le counselling en cessation tabagique par le médecin est efficace. Bien que des programmes de formation spécifiques sur l'intervention auprès du patient fumeur aient ciblé les médecins canadiens depuis une dizaine d'années, la pénétration à Montréal a été plutôt limitée. Ainsi, en 1997, une équipe de trois médecins de la Direction de santé publique de Montréal-Centre, initiait un programme de cinq ans afin d'optimiser les pratiques de counselling en cessation tabagique de plus de 2 000 omnipraticiens de Montréal. Le modèle Precede/Proceed a guidé l'identification d'objectifs comportementaux, environnementaux et éducationnels. Durant les trois premières années du programme, neuf types d'activités ont été implantés: - trente deux ateliers de formation de une à deux heures; - deux conférences de 30 minutes; - onze articles dans plusieurs revues médicales; - la publication conjointe de lignes directrices avec le Collège des médecins du Québec; - un algorithme de pratique médicale et des conseils appropriés sur une feuille recto verso plastifiée; - une brochure destinée au fumeur présentée dans un faux paquet de cigarettes; - la publication d'un inventaire des ressources disponibles en cessation tabagique à Montréal; - l'endossement du Collège des médecins du Québec à une campagne québécoise encourageant les fumeurs à cesser de fumer et à demander de l'aide à leur médecin; - et la collaboration à la rédaction d'articles grand public dans des quotidiens ou des magazines. Deux enquêtes menées auprès d'échantillons aléatoires d'omnipraticiens montréalais en 1998 et 2000 suggèrent une évolution favorable des pratiques de counselling en cessation tabagique. Notre expérience suggère qu'un tel programme pourrait être facilement reproduit étant donné qu'il a été développé par une direction régionale de santé publique avec peu de ressources humaines et financières.

Communication orale, atelier 3

**Dr Fernand TURCOTTE**, Joanna COHEN, Mary Jane ASHLEY, Pam KAUFMAN, Alison HALYK, Roberta FERRENCE

ETUDE DES LIENS DE L'INDUSTRIE DU TABAC AVEC LES UNIVERSITES DU CANADA

L'objet de cette étude est d'analyser les rapports existant entre l'industrie du tabac et les universités du Canada. On a mené une enquête par questionnaires (n=7) auprès de toutes les universités du pays (n=90) pour décrire leur attitude face aux subventions de recherche et aux dons provenant de l'industrie du tabac ainsi que leur politique concernant l'inclusion des titres du tabac dans leurs fonds d'investissement et leurs caisses de retraite. La participation a été de 85% pour les institutions anglophones (405/475 questionnaires)et de 60%(78/131)pour les universités francophones. Aucune des universités n'interdit les subventions de l'industrie du tabac. Quatre pourcent des universités ont déjà débattu de cette question tandis que 11%(8/75) reçoivent des fonds de l'industrie pour une moyenne de $115,100(n=14 subventions et contrats).Aucune ne refuse des dons de l'industrie: 27% ont discuté de cette question tandis que 39%(28/72) en ont accepté pour des dons moyens de $54,000. Une seule université s'interdit d'investir dans l'industrie du tabac. Parmi les autres, 14% en avaient discuté et 19%(13/70) possèdent des titres de l'industrie pour une valeur moyenne de $4,000,000. Les liens entre l'industrie du tabac et les universités du Canada sont réels même s'ils ne sont pas étendus. Bien qu'on en connaisse pas l'impact de ces relations, le temps est venu pour les universités d'adopter une conduite qui n'en fasse pas des complices d'une industrie corrompue.

Séance poster 21

**Dr Fernand TURCOTTE**, Jean-François GABOURY, Lahlou HADJI, Jean-Louis BENEDETTI

UNITÉ QUÉBÉCOISE DE RECHERCHE SUR LE TABAGISME : UNE NOUVELLE ARME POUR L'ÉRADICATION DU TABAGISME AU QUÉBEC

Dans le cadre de cette conférence sur le tabagisme, l'UQRT affichera une présence soutenue avec la présentation d'un kiosque permettant de mettre en valeur l'unité de recherche, ses projets, l'enseignement avancé par Internet et autres aspects à teneur scientifique et en lien avec la recherche sur le tabagisme (travaux de Jean-François Gaboury, Lahlou Hadji et Jean-Louis Benedetti). Six personnes de l'unité de recherche seront présentes : Jean-Louis Benedetti, Lahlou Hadji, Jean-François Gaboury , Élizabeth Lessard, Ann Royer Fernand Turcotte. En construction depuis mars 2002, l'UQRT compte une équipe de chercheurs et d'étudiants de niveau gradué qui travaillent tous à l'éradication du tabagisme au Québec. En constituant une masse critique de chercheurs intéressés par le problème du tabagisme, l'UQRT se propose d'attirer et de soutenir jusqu'à la fin de leur formation avancée, de jeunes chercheurs intéressés à consacrer leur carrière à l'élucidation des aspects encore mystérieux de cette maladie prioritaire. L'unité assume le suivi statistique et technique du Plan Québécois d'Abandon du Tabagisme (PQAT). Elle travaille aussi à la mise en place d'un programme de surveillance biologique portant sur l'ensemble de la population. De plus, l'UQRT soutient activement, l'organisation d'un programme de formation avancée sur le contrôle du tabagisme entièrement dispensé par Internet. L'UQRT présente une démonstration de d'un cours de ce programme à son kiosque en direct. L'UQRT collabore aussi directement à l'organisation du Colloque Femme et Tabac qui aura lieu à Québec (26-28 mai 2004). L'UQRT se donne pour mission de favoriser, par la réalisation de travaux de recherche de qualité, le développement et la mise en œuvre des moyens nécessaires pour éradiquer le tabagisme dans la population de notre pays. L'UQRT s'est dotée d'un programme de recherche dont les contours se modèlent sur la méthode moderne d'action sur le tabagisme, marquée par une approche globale portant sur les dimensions culturelles, économiques, environnementales, épidémiologiques, politiques, sociales et toxicologiques de la maladie. La prévention du tabagisme, que ce soit par l'éducation et l'information, le contrôle de la promotion des produits et de leur mise en marché, la modification des produits par la production de nouvelles connaissances, l'évaluation des politiques et des programmes ou encore des plans de traitement sont autant de sujets que les membres de l'UQRT sont disposés à travailler.

Communication orale, atelier 27

**Dr Fernand TURCOTTE**, Chantal LEVESQUE, Claire MAINGUY, Jean-Guy RACICOT, Steve VACHON

L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE REGULIER DISPENSE PAR INTERNET : UN MOYEN TRES PUISSANT POUR AUGMENTER L'EFFICACITE DE LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Le problème. L'offre d'un enseignement avancé portant spécifiquement sur le contrôle du tabagisme dans le programme régulier des études universitaires est difficile à réaliser parce qu'il n'est pas facile de rassembler les effectifs étudiants requis pour justifier l'enseignement. Les nouvelles technologies de communication permettent de surmonter de problème d'insuffisance d'achalandage en rendant les cours accessibles partout. La solution. Un cours multimédia pour étudiants gradués de trois crédits a été dispensé entièrement par Internet au trimestre d'hiver 2002 par l'Université Laval. Onze étudiants provenant des régions d'Ottawa, de Montréal, de Québec et de l'Ontario ont suivi puis réussi le cours. Les étudiants ont effectué de 159 à 477 visites sur le site du cours pendant les 15 semaines du trimestre. Les activités d'apprentissage comprenaient des lectures de volumes disponibles en ligne, de documents téléchageables, la consultation de sites Internet, des conférences disponibles sur cédérom ou bien en ligne ainsi que des problèmes à résoudre. De plus les étudiants devaient participer aux activités d'un forum électronique pour 10 des 13 modules du cours. Résultats. Tous les étudiants inscrits ont réussi le cours évalué par un examen final administré en salle. Axé sur les manières contemporaines de concevoir la lutte contre le tabagisme, les activités du cours cherchaient à développer l'aptitude à la prise de décision et l'évaluation du cours par les étudiants, dont plusieurs comptaient une longue expérience en contrôle du tabagisme, montre que cet objectif a été atteint. Conclusion. Les besoins de formation avancée sont importants y compris parmi les professionnels déjà responsables de la lutte contre le tabagisme. Ces besoins sont diversifiés et portent tant sur les aspects chimiques et toxicologiques qu'épidémiologiques et cliniques du tabagisme. L'enseignement présentement disponible ne porte que sur les aspects santé publique du problème et il faut envisager le compléter rapidement par un microprogramme entièrement accessible par Internet et portant sur tous les aspects pertinents de la lutte contre le tabagisme.

Communication orale, atelier 43

**Dr Philippe VALLAT**

PROGRAMME NATIOJNALE SUISSE DE PREVENTION DU TABAGISME 2001-2205, LES DÉFIS

Le Conseil fédéral suisse a accepté en juin 2001 un nouveau programme national 2001-2005 qui contient les domaines d'action suivants: · Maintien de la santé · Amélioration de la santé · Information et sensibilisation · Intégration internationale · Mesures législatives · Gestion du savoir Ces dernières années, au-delà de certains succès obtenus sur le terrain et d'une baisse modeste de la consommation totale, accompagnée d'une stagnation du nombre de fumeurs chez les adultes et surtout d'une forte augmentation de fumeurs parmi les jeunes, il faut admettre à l'évidence qu'en Suisse la prévention n'a pas eu l'effet escompté. Quelques-unes des raisons de ce déficit sont: · rejet en 1993 par le peuple des initiatives jumelles visant à interdire la publicité pour le tabac et l'alcool. Le rejet des initiatives jumelles a eu pour effet de retarder le processus qui aurait permis de mettre en place des mesures législatives dont on sait qu'elles sont efficaces, faciles à réaliser et financièrement neutres · sensibilité politique pour la prévention du tabagisme insuffisante · absence d'une politique globale et nationale de prévention qui fasse le lien avec les cantons et les organisations privées · peu de sensibilité de la population pour les problèmes liés au tabagisme · absence d'une communication cohérente, compacte et continuelle dans les médias · manque de coordination entre les partenaires de la prévention · moyens financiers destinés à la prévention très limités et utilisés en priorité pour des mesures destinées directement aux jeunes. Le but de la présentation sera de montrer comment le programme national de prévention du tabagisme 2001-2005 compte répondre à ces déficits dans un pays où l'industrie du tabac est solidement ancrée depuis des décennies.

Communication orale, atelier 28

**M. Christian VIENS**, François PILOTE, Christine ROWAN

PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME «MECHANT PROBLEME» : EVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS

Objectifs : évaluer l'implantation et les effets du programme scolaire québécois «Méchant problème» au niveau des connaissances, des attitudes, de la capacité à résister à la pression des pairs et de la prévention du comportement tabagique. Méthodologie : un devis de recherche quasi expérimental de type prétest, post-test avec groupe témoin. Population à l'étude : 362 jeunes de 5e année sur le territoire de la Montérégie. Résultats : au niveau de l'implantation, le programme a été déployé dans 152 des 270 (56 %) écoles primaires, francophones et publiques. Au niveau de l'évaluation des effets, les analyses de variance sur mesure répétées ne révèlent aucune différence sur le plan des connaissances, des attitudes et des comportements entre les groupes, témoin et expérimental, suite à l'application du programme. Qui plus est, l'usage de la cigarette, même si c'est quelques «puffs», ne cesse d'augmenter dans les deux groupes à l'étude. Contrairement à ce que nous avions présumé, les élèves de 5e année du primaire ne vivent pas, dans 75 % des cas, des situations où ils doivent résister à la pression des pairs face à l'usage de la cigarette. Conclusions : 1) Cette étude n'a pas permis de démontrer que le programme «Méchant problème» prévient l'usage du tabac chez les jeunes de 5e année. 2) Le programme ne répond pas aux critères d'efficacité reconnus et n'est pas adapté au stade de développement cognitif et moral des jeunes de 5e année. 3) Les pistes d'intervention pour prévenir l'usage du tabac chez ces jeunes devraient porter sur des éléments tangibles et concrets : la promotion de messages simples et explicites et un environnement social cohérent avec les messages transmis.

Communication orale, atelier 35

**Mme Michèle VINCENT FÉLIX**

INTERVENIR AUPRÈS DES ASTHMATIQUES FUMEURS: DE LA PERTINENCE À LA NÉCESSITÉ D'AGIR

Le tabagisme chez les asthmatiques constitue un grave problème de santé publique. Selon les données les plus récentes 5.4 millions de Canadiens sont des fumeurs soit 22% de la population âgée de 15 ans et plus. Certaines études ont démontré qu'il n'y a pas d'évidence de différence significative quant à la prévalence du tabagisme chez les asthmatiques et dans la population en générale. Le tabagisme aggrave la sévérité des symptômes de l'asthme. D'autres études, quant à la perception des asthmatiques par rapport aux méfaits du tabagisme sur leur santé, rapportent que plus de 40% des asthmatiques fumeurs ne perçoivent pas le risque pour la santé à long terme, deux tiers ne pensent pas que le problème de santé à long terme pourrait être sérieux. D'autres études rapportent des lacunes quant à la formation des professionnels de la santé en tabagisme et en cessation du tabagisme. Il est recommandé que cette formation fasse partie de la formation de base de tous les professionnels de la santé. Dans ce contexte, l'objectif de la présentation est de susciter une réflexion chez les professionnels de la santé quant à leur rôle en prévention et promotion de la santé. Il sera question du modèle méta-théorique des stades du changement et d'outils pour développer des interventions spécifiques afin de réduire les méfaits du tabagisme chez ce groupe vulnérable. Une bibliographie et des ressources Internet pertinentes au sujet seront proposées. La présentation est aussi prévue pour le 30e congrès de l'Ordre Professionnel des Inhalohérapeutes du Québec.

Communication orale, atelier 46

**Chuck WOLFE**

L'UTILISATION DE LA DÉNORMALISATION DE L'INDUSTRIE DU TABAC DANS LES GRANDES CAMPAGNES MÉDIATIQUES.

Résumé non disponible